1914

Aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Halle a. S.
Direktor: Geheimer Medizinalrat Prof. Dr. Dr. J. Veit.

Ein Fall von Ulcus rodens vulvae

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie

mit Genehmigung der hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität
Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Lasar Fabelinski
aus Bjalystock (Rußland).

Halle a. S.
Stein- und Buchdruckerei von Paul Schwarz.
1914.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Halle.

Referent: Professor Dr. Dr. J. Veit.

Veit,
z. Z. Dekan.

Meiner lieben Gemahlin

Anna Fabelinski,

geb. Rubinstein

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153712_0558

Nulla autem est alia pro certo noscendi via, nisi quamplurimas et morborum et dissectionem historias, tum aliorum, tum proprias collectas habere et inter se comparere.

Morgagni: De Sed. et Caus. Morb. Lib. IV.

Die Pathologie der Sexualorgane der menschlichen Frau hat uns im Laufe der Zeit belehrt über die mannigfaltigsten krankhaften Prozesse, die sich an der äußeren weiblichen Scham abspielen. Aus dem Chaos der Zweideutigkeit und Unklarheit sind ganz exakte Krankheitsbilder mit unzweifelhaft sicher festgestellter Ätiologie, pathologisch-anatomischem Befund und klinischem Verlauf entstanden. Hier ist nicht die passende Stelle, alle diejenigen Erkrankungen der äußeren weiblichen Genitalien vorzuführen, die für uns zurzeit als absolut in jeder Richtung hin festgestellte, einheitliche, ganz selbständige Erkrankungen gelten müssen. Ich werde nur erinnern an die Fortschritte, die wir gemacht haben in der Deutung und Ätiologie der verschiedenartigsten ulcerativen Prozesse der äußeren weiblichen Genitalien; ich meine die Ulcera des phagedänischen Schankers, die Ulcera der luetischen Initialsklerose, wo wir zur Sicherung unserer Diagnose durch bakteriologische und sonstige Methoden selbst die Erreger der Erkrankung (die Spirochäta pallida, den Ducreyschen Streptobazillus) nachweisen können. Auch die ulcerativen Prozesse tuberkulöser Natur sind im Laufe der Zeit unserer Kenntnis zugänglicher geworden. Nur auf dem Gebiete einer Affektion der äußeren Genitalien des Weibes, die schon seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts viele Autoren verschiedener Länder beschäftigt hat, können wir keine besonderen Erfolge zur Aufklärung der Erkrankung verzeichnen. Ich habe hier im Sinne das Ulcus rodens vulvae. Allerdings muß man die Tatsache nicht verschweigen, daß die meisten Autoren der Erkrankung wenig Aufmerksamkeit geschenkt und sich der Forschung so-

wie Behandlung gegenüber stiefmütterlich verhalten haben. Viele Autoren begnügten sich bis in die neuere Zeit mit dem verzweifelten lakonischen Ausruf Fourniers: „Ce sont des ulcerations et voilà tout". Diese historische Phrase ist für die Geschichte des Ulcus rodens vulvae geradezu charakteristisch.

Kaum eine andere Affektion des menschlichen Körpers wurde im Laufe der Zeit von den verschiedensten Vätern mit so vielen unzähligen Namen getauft, wie die des Ulcus rodens vulvae. Bis zum heutigen Tage finden wir noch in der Literatur die alte Bezeichnung „Esthiomène" des französischen Autors Huguier. Die Affektion ist ferner beschrieben worden unter dem Namen: „Lupus" (Fiquet, Huguier, Bernitz, Mac Donald, Duncan u. A.), „Lupus perforans et hypertrophicus" (v. Winckel), „Herpes excedens" (Guiburt), „Ulcus chronicum elephantiasticum" (F. Koch), „Elephantiasis vulvae luetica" (Vormann) und, wenn man will, auch unter dem Namen „Elephantiasis pudendarum skerljewitica" (Suttina). Die Namen sind alle noch lange nicht erschöpft. Diese Tatsache der reichen Nomenklatur zeigt schon allein zur Genüge, wie die meisten Autoren im Umklaren über die Natur dieser Affektion sind. Einer Kritik dieser Bezeichnungen werde ich mich vorläufig enthalten und im weiteren der Bezeichnung „Ulcus rodens vulvae", die von Virchow herstammt und von Veit in die klinische Terminologie eingeführt worden ist, bedienen.

Das Verdienst, zuerst die Erkrankung beschrieben zu haben, kommt dem französischen Autor Huguier zu, der sie im Jahre 1848 unter dem Titel „De l'esthiomène de la vulve et du perinèe" in den „Mémoires de l'Academie de Mèdicine" der medizinischen Welt veröffentlicht hat. Huguier machte zuerst auf die eigenartige exquisit chronische Erkrankung der äußeren weiblichen Genitalien, die mit Hypertrophie des Gewebes, hartnäckigen Geschwüren und Fistelbildungen einhergingen, die sich gegenüber jeder Therapie refraktär verhielten, aufmerksam. Dann wurde von französischer und englischer Seite das „Esthiomène" mit dem „Lupus" identifiziert (Ber-

nitz, Huguier, Duncan usw.). Der Begriff „Lupus" war zur Zeit Huguiers kein ätiologischer, sondern ein rein klinischer. Die Bezeichnung „Lupus" galt, wenn ich mich so ausdrücken darf, als ein Verlegenheitsname für Erkrankungen, die im klinischen Bilde sich zwar ähnlich gegeneinander verhielten, aber total verschieden in ihrer wahren Ätiologie waren. Alle hartnäckigen ulcerösen Prozesse der Haut, die mit starker Gewebszerstörung einhergingen, wo keine Tendenz zur Heilung bestand, wurden als „Lupus" bezeichnet. Die damalige Zeit war noch sehr weit entfernt von der Kenntnis der richtigen ursächlichen Natur der Tuberkulose; man suchte im Dunkeln und war deshalb nicht imstande, die oben genannten ulcerativen Prozesse richtig voneinander zu differenzieren. Erst die neuere Zeit brachte uns mit der großen Entdeckung des Kochschen Tuberkelbazillus, im Jahre 1882, auch praktische neue Methoden der klinischen Untersuchung der Tuberkulose. Aus dem dehnbaren Begriff „Lupus" entwickelte sich nun eine exakte Bezeichnung für eine bestimmte Erkrankung der Haut von bekannter Ätiologie und klinischem Verlauf. Wir bezeichnen nunmehr mit dem Ausdruck „Lupus" „eine chronische Form der Hauttuberkulose, die sich kennzeichnet durch die charakteristische Primäreffloreszenz des sog. Lupusknötchens" (Grouven). Es ist daher auch begreiflich, weshalb die Bezeichnung „Lupus" für die in Rede stehende Affektion allmählich aus der Literatur völlig verschwunden ist; und auch mit Recht, denn unter dieser Bezeichnung sind sicherlich viele Fälle von manchem Karzinom, Sarkom oder tertiärem Siphilid mit der Tuberkulosis cutis verwechselt worden. Zu diesem Umstand haben natürlich auch die Errungenschaften der modernen Syphilidologie nicht wenig beigetragen. Leider müssen wir unerfreulicherweise die Tatsache gestehen, daß (wie wir später bei der Besprechung der Frage der Ätiologie des Ulcus rodens vulvae noch sehen werden) die modernen Eroberungen auf dem Gebiete der Syphilis und Tuberkulose zurzeit uns noch keine wesentliche Klärung über die Natur der richtigen Noxe des Ulcus rodens vulvae gebracht haben. Wir stehen noch, wie

vor einem halben Jahrhundert, im Unklaren über die Ursache dieser Erkrankung, und therapeutisch sind wir noch wie zuvor vollständig machtlos. Wenn nun aber, wie gesagt, die Ätiologie des Ulcus rodens vulvae bis jetzt noch im Schleier der Dunkelheit eingehüllt ist, wenn die meisten Autoren sich darüber den Kopf zerbrechen, ob es eine tuberkulöse oder eine luetische Affektion sei, und fast jeder von ihnen seine eigene Anschauung darüber hat und dem Versuche nicht entgeht, eine neue Theorie aufzubauen, so muß ich doch offen zugeben, daß die Mehrzahl der Autoren fast immer ein einheitliches und charakteristisches, in allen Details übereinstimmendes klinisches Bild in ihren Abhandlungen schildern. Auch die pathologisch-anatomischen Befunde sind meistens ziemlich übereinstimmend. Ich möchte auch im Folgenden einen Fall von Ulcus rodens vulvae aus der Königlichen Hallenser Frauenklinik, den ich, dank der gütigsten Genehmigung meines hochverehrten Lehrers, Herrn Geheimrat Prof. Dr. J. Veit, beobachtete, und der mir von ihm freundlichst zur Bearbeitung und Publikation überlassen worden ist, beschreiben.

Die betreffende Patientin, Pauline Sch., Zimmermannsfrau von 50 Jahren und Landarbeiterin von Beruf, wird jetzt, am 12. Juni 1913, zum dritten Male in die Königliche Frauenklinik zu Halle a. S. aufgenommen. Ihre Eltern sind an Altersschwäche, Vater im Alter von 73 Jahren, Mutter im Alter von 86 Jahren, gestorben. Von den sieben Geschwistern leben fünf und sind gesund. Eine Schwester starb im Wochenbett, angeblich an „Nervenfieber", ein Bruder an „Auszehrung". Die Anamnese ist sonst ohne irgendwelche familiäre Belastung. Die Patientin will als Kind an Masern krank gewesen sein, sonst aber, abgesehen natürlich von ihrem jetzigen Leiden, immer gesund. Die Menstruation begann mit 16 Jahren, die immer regelmäßig verlief, alle 3 bis 4 Wochen, 3 bis 4 Tage dauernd, mit geringen Blutverlusten und ohne Schmerzen. Es ist noch jetzt keine Menopause eingetreten. Patientin heiratete im Alter von 25 Jahren, hatte im Anschluß daran fünf normale Geburten und Wochenbetten durchgemacht, auch eine Fehl-

geburt. Erste Geburt im Jahre 1889, letzte im April 1896. Fehlgeburt vor ungefähr 19 Jahren. Vier Kinder leben und sind gesund. Ein Kind ist angeblich im Alter von $2^1/_2$ Jahren an „Krämpfen“ gestorben. In der Anamnese ist besonders beachtenswert, daß sämtliche Kinder der Patientin nach der Geburt Eiterungen in den Augen hatten, am ärgsten das erste Kind. Die Kinder wurden auf Verordnung des Arztes mit Höllenstein behandelt. (Es hatte sich also wahrscheinlich um eine gonorrhöeische Blennorrhöa neonatorum gehandelt.)

Die Patientin war im ganzen viermal zur Behandlung in der Königlichen Frauenklinik zu Halle a. S. Ich möchte vorausschicken, daß die Patientin schon wegen ihres Leidens in einem Leipziger Krankenhause im Jahre 1898 an „Unterleibsgeschwüren“ operiert wurde. Da die Patientin in ihrer Intelligenz nicht ganz intakt war, so waren wir nicht imstande, bei ihr nähere und zuverlässige Angaben über das Leipziger Krankenhaus, wo sie behandelt war, sowie über das genauere Datum und Art der Entstehung ihres Leidens herauszubekommen. Am 11. Juni 1900 suchte die Patientin die Königliche Hallenser Frauenklinik zum ersten Male auf. Die Patientin kam damals mit der Klage über Ausfluß und Brennen beim Wasserlassen. Seit 1893, im Verlaufe der dritten Gravidität, bestand ein weißlicher, gelber, geruchloser Ausfluß aus den Genitalien, Wasserbrennen und ein leichter Vorfall, der im Jahre 1898 während sechs Wochen mit Pessar zurückgehalten wurde, das nachher aber seine Wirkung versagte. Der Ausfluß nahm gewöhnlich beim Koitus an Intensität zu, weshalb Patientin vom Arzte in die hiesige Behandlung geschickt wurde. Die Menses waren zu dieser Zeit regelmäßig und ohne Beschwerden. Stuhlgang regelmäßig. Das Allgemeinbefinden und der Ernährungszustand gut erhalten. Die genaue Untersuchung der inneren Organe ergab keinen pathologischen Befund. Urin frei von pathologischen Bestandteilen. Die Untersuchung der Sexualorgane ergab eine starke Rektocele, die hintere Wand der Scheide war nicht vorgefallen, Portio normal, Uterus anteflektiert, von derber Konsistenz und mittlerer

Größe. Das Parametrium und die Douglassche Tasche ohne pathologischen Befund. Die Tuben und Ovarien normal. Es wurde damals die Diagnose Rektocele gestellt und auf Grund der Vorfallsbeschwerden eine Kolpoperineoraphie in Äthernarkose von Dr. Scharfe vorgenommen. Die Operation bestand im Aufrichten des Dammes und der hinteren Wand der Vagina nach Jaeger. Die Wunde wurde mit Katgut und Drähten genäht. Nach guter Heilung der Wunde wurde Patientin ohne Beschwerden am 26. Juni 1900 entlassen.

Am 10. Dezember 1901 kommt wiederum die Patientin mit der alten Klage über starken Ausfluß, gleichzeitig bestand auch noch starkes Brennen bei der Miktion und starker Juckreiz an den äußeren Genitalien. Patientin gab nun an und glaubte, daß sie, nachdem sie in Leipzig wegen starken Ausflusses in Behandlung gewesen war und von dort gesund nach Hause zurückgekehrt war, wiederum von ihrem Manne angesteckt worden sei. Sie lebte seitdem von ihrem Manne getrennt. Das Allgemeinbefinden und der Ernährungszustand waren wie beim vorigen Mal mäßig gut. Herz und Lunge ohne pathologischen Befund. Brüste mäßig entwickelt und hängend, Abdomen schlaff und unempfindlich. Die Untersuchung der Genitalien ergab diesmal einen ganz anderen Befund: Scheide glatt, die Urethralmündung mit dem Anfangsteil der Urethra war von der linken Scheidenbegrenzung abgerissen und hing etwas nach rechts herüber sackartig ins Lumen hinein. Links davon befand sich ein mit roten Granulationen ausgekleideter Rezessus. Portio in der Führungslinie; Uterus anteflektiert, leicht vergrößert und hart. Die Parametrien und die Douglassche Falte frei von krankhaften Veränderungen. Auch die Ovarien und Tuben waren ohne abnormen Befund. Die Harnblase intakt und der Urin ohne fremde Bestandteile.

Es wurde damals die Diagnose Gonorrhoe cervicis uteri und der paraurethralen Gegend der Scheide gestellt. Wegen des stark brennenden Ausflusses und wegen des Pruritus wurde eine antigonorrhöische Behandlung eingeleitet. Es wurden Ätzungen des Recessus vaginae paraurethralis mit dem

Lapis infernalis, der übrigen Scheide und der Cervix mit Holzessig vorgenommen. Der Rezessus unten, der auf 1 cm hin abgelösten Urethra, war trotz mehrfacher verschiedenartiger Ätzungen stets noch leicht gerötet und zeitweise juckend. Der Cervicitis gonorrhoica geheilt, wurde Patientin mit Holzessig-Spülungen am 7. Januar 1902 entlassen.

Nach fast 12 Jahren also kommt die Patientin zu uns wieder, aber jetzt schon mit ganz anderen Beschwerden. Die Patientin klagt über Schwellung an den Geschlechtsteilen und Druckgefühl im Mastdarm, das angeblich seit April dieses Jahres (1913) besteht. Stuhlentleerungen erfolgen, ohne daß Patientin es merkt. Der Aufnahmebefund ist auch diesmal fast wie vor 12 Jahren. Wir haben vor uns eine mäßig gut genährte, kräftige, etwas ältere Person. Es sind keine Lymphdrüsenschwellungen zu fühlen. Die äußere Haut zeigt keine narbigen oder sonstigen Veränderungen. Die Brüste atrophisch, Abdomen, Bauchdecken weich. Das Herz und die Lungen ohne pathologischen Befund. Die Harnblase ist nicht krankhaft verändert und der Urin frei von pathologischen Bestandteilen.

Die krankhaften Veränderungen an den äußeren Genitalien sind so groß und so stark variabel, daß die genaueste und sorgfältigste Beschreibung kein naturgetreues Bild wiederzugeben vermag. Der Krankheitsprozeß hat an den Genitalien und dem Damm solche Verwüstungen und Zerstörungen angerichtet, daß man bei der ersten Untersuchung absolut gar nicht imstande war, über die topographisch-anatomische Differenzierung der Geschlechtsteile sich zu orientieren. Auf den ersten Blick fielen die starken Wucherungen der verschiedenen Teile, die regellos über der ganzen Vulva und dem Perineum zerstreut waren, auf. Die linke große Labie ist stark ödematös geschwollen und fühlt sich derb an. Am unteren Pol dieser Schwellung springt ein kugelig-ovales Gebilde vor, welches vom oberen Teil der großen Labie durch eine Furche getrennt ist. Die Schwellung der linken großen Labie geht nach unten in mehreren kugeligen Gebilden, die durch Taschen geteilt sind,

fast bis zum Anus hinüber. Der obere Teil der großen linken Schamlippe ist ziemlich wenig verdickt und überhaupt wenig verändert. Die Oberfläche der linken großen Labie ist glatt und glänzend. Die kleine linke Labie ist vom Prozeß sehr stark betroffen. Er sieht so aus, als ob die einwirkende Noxe hier besonders stark gewütet hat. Von dieser linken kleinen Labie ist nicht viel übrig geblieben, sie ist in viele herunterhängende, zernagte und morsche Fetzen zerstört und im unteren Teil von der großen Labie abgelöst. An der Oberfläche dieser kleinen Lippe sind mehrere pfennigstückgroße, unregelmäßig geformte Löcher, die durch Unterhöhlungen mehrfach miteinander kommunizieren. Man kann die Sonde mit Leichtigkeit die fistulösen Gänge passieren lassen. Die rechte große Labie ist im Gegensatz zur linken an dem oberen Teile elephantiastisch verdickt. Die elephantiastische Schwellung nimmt nach abwärts allmählich an Dicke ab. Die rechte kleine Labie fehlt vollständig. Das Praeputium clitoridis ist stark elephantiastisch geschwollen und zeigt zahlreiche kleine papillomatöse Gebilde. Das Praeputium clitoridis ist an der Grenze mit dem oberen Teil der linken Labie geschwürig zerfallen. Das Orificium externum urethrae ist auch von elephantiastischen, kleinen, zipfelartigen Wucherungen umgeben; nach beiden Seiten, sowohl nach links wie nach rechts, ist die Urethra geöffnet, so daß ihre hintere Wand bloßliegt. Es besteht Vorfall der hinteren Scheidewand von Hühnereigröße. Vor diesem Prolaps, einen halben Querfinger entfernt, ist eine Öffnung nach dem Mastdarm vorhanden. Die Öffnung ist sonst vom Prolaps bedeckt, um sie zum Vorschein zu bringen, muß der Prolaps nach hinten verdrängt werden. Die Rektovaginal-Fistel ist bequem für einen Finger durchgängig. Der Anus ist von vielen papillomatösen Wucherungen umgeben, zwischen denen sich mehrere fistulöse Gänge zeigen lassen. Die Schamhaare sind sehr spärlich vorhanden. Die ganze Vulva, das Perineum und die Umgebung des Anus sind stark livide verfärbt und zeigen in den Vertiefungen und Rhagaden zwischen den zahlreichen Erhebungen einen grau-gelben, schmierigen, etwas übelrie-

chenden Belag. Portio vaginalis kurz; Uterus klein, liegt nach vorn. Bei der Untersuchung empfand die Kranke starke Schmerzen.

Am 13. Juni wurde durch eine Venenpunktion zur serologischen Untersuchung des Blutes nach Wassermann der Patientin Blut entnommen. Auch am 18. und 19. Juni wurde zu demselben Zwecke und in derselben Weise eine Blutentnahme gemacht.

Das Blut wurde alle drei Male in dem Königlichen Hygienischen Institut untersucht. Zum ersten Male gab das Serum der Patientin im Wassermannschen Originalversuch komplette Hemmung in den Kontrollen, trotz doppelter Koplementgabe. Die Sternsche Modifikation war negativ. Zum dritten Male ergab die wiederholte Prüfung mit dem inaktivierten Serum dasselbe Resultat wie in den beiden vorigen Versuchen. Komplette Hemmung in Kontrollen und Extraktröhrchen. Der Stern war negativ. Bei der Verwendung des aktiven Serums für die Wassermannsche Technik blieb jede Hemmung der Hämolyse aus. An sich gab das Serum im aktiven Zustande eine schwache Hämolyse (der Eigen-normal-Ambozeptor und Komplement). Es handelte sich also um einen antikomplementären Körper, der sich beim Inaktivieren des Serums bildet. Es wurde zunächst eine antiluetische Behandlung mit Salvarsan und eine Inunktionskur mit Unguentum hydrargyri cinereum eingeleitet.

Am 14. Juni und 4. Juli wurde der Patientin je 0,6 Neo-Salvarsan intravenös einverleibt. Nach der ersten Neo-Salvarsan-Infusion zeigte die Patientin gar keine Reaktion, nach der zweiten reagierte sie noch zwei Tage darauf mit Temperatursteigerungen bis zu 39,1 ° C, sonst aber keine anderen Allgemeinerscheinungen. Die Inunktionskur bestand aus 30,0 g Unguentum cinereum in sechs Touren mit darauffolgendem Bad. Die kombinierte Neo-Salvarsan-Quecksilber-Behandlung blieb resultatlos. Es war keine deutliche Änderung an den Genitalien bemerkbar, jedenfalls aber keine Verschlimmerung. Die Rekto-Vaginal-Fistel (dicht über dem Sphinkter), wie bei der Aufnahme, für einen Finger bequem durchgängig, Kot von

fester Konsistenz kann gut gehalten werden. Die Patientin hatte keine subjektiven Schmerzen, abgesehen vom Abgang kleiner Mengen Kot aus der Vagina. Zur histologischen Untersuchung wurde am 7. Juli eine Probeexzision aus der Fossa navicularis und der linken kleinen Labie vorgenommen. Die Exzisionswunde reinigte sich ziemlich gut auf Alkoholumschläge, und nachdem dieselbe geheilt war, nahm Herr Geh. Medizinalrat Professor Dr. J. Veit am 23. Juli die Rektovaginalfistel-Operation vor.

In Chloroformnarkose wird die dicht über dem Sphinkter ani sitzende, gut für einen Finger durchgängige Rektovaginalfistel umschnitten. Der Schnitt durchtrennt das ganze Rekto-Vaginal-Septum, so daß etwa ein kreisförmiges Loch entsteht. Die zu einer Rektocele sich weit hervorwölbende hintere Scheidenwand wird nun mit der entsprechenden Rektumwand bogenförmig, mit der Konvexität nach unten, umschnitten und der so entstandene Lappen zur Deckung des durch die Ausschneidung der Fistel entstandenen Defekts benutzt. Das Befinden der Patientin nach der Operation ist gut. Zum Zweck schneller Heilung bekommt Patientin täglich 20 Tropfen Opium, um Stuhlentleerungen zu vermeiden. Dann spontane Stuhlentleerungen ohne Beschwerden.

Am 6. August wird Patientin auf eigenen Wunsch mit bestehender Fistel gebessert entlassen mit dem Befund, daß die linke Hälfte der Operationswunde klafft, rechts liegen noch die Nähte; hier sind auch die Wundränder untereinander gut verklebt. Es geht nur Flatus durch die Scheide ab. Die Vulva ist unverändert, wie bei der Aufnahme.

Zur wissenschaftlichen Untersuchung wurde das Tierexperiment herangezogen, welches einen absolut negativen Befund ergab. Zum Zwecke des Experimentes wurde während der Operation am 23. Juli ein kleines Stückchen krankhaft veränderten Gewebes in der Gegend des Anus exstirpiert und steril in einer sterilen physiologischen Kochsalzlösung aufgefangen. In einem sterilen Tiegelchen wurde das Stückchen Gewebe ganz sorgfältig zu einer trüben Flüssigkeit bis auf

ganz feine Flöckchen verrieben. Diese Flüssigkeit spritzte ich in einer Menge von 20 ccm einem Meerschweinchen in die Peritonealhöhle ein. Nach Ablauf einer Zeit von 8 Wochen, während welcher das Tier sich ganz wohl befand, nahm ich die Sektion des Meerschweinchens vor. Ich untersuchte alle Organe, die aber gar keine pathologischen Veränderungen darboten. So also ist das Tierexperiment in unserem Falle als sicher negativ zu betrachten. Die diagnostische Tuberkulin-Reaktion, die bei der Patientin vorgenommen wurde, lieferte uns kein verwertbares Resultat.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurde das exzidierte Stückchen aus der linken kleinen Labie in Formol gehärtet, in Paraffin eingebettet und davon eine größere Anzahl von Schnitten angefertigt, die nach verschiedenen Methoden gefärbt wurden. Ein Teil der Schnitte, die mit der Silberimprägnationsmethode nach Levaditi (Härtung in Formalin und Alkohol, 1½% Arg.-Nitricumlösung, 3 Tage im Brutschrank bei 38° Pyrogallussäure) behandelt waren, wurde auf die Spirochaete pallida genau untersucht; ein anderer Teil der Schnitte wurde mit Carbol-Fuchsin, nach der Methode von Ziehl-Neelsen zur Forschung nach Tuberkelbazillen im Gewebe gefärbt. Alle anderen Schnitte wurden gefärbt nach Gram, nach van Gieson und nach der üblichen Haematoxylin-Eosin-Färbung zur histologischen Untersuchung der Gewebselemente und der etwa vorhandenen pathologischen Veränderungen derselben. Bei der sorgfältigsten Studierung und Durchmusterung der Präparate konnte ich weder Spirochäten noch Tuberkelbazillen finden. Es sind auch keine regressiven Metamorphosen oder sonstige charakteristische Stigmata, die für Lues oder Tuberkulose sprechen konnten, gefunden worden. Der histologische Befund ist sonst ziemlich ähnlich dem der Mehrzahl der schon in der Literatur bekannten Fälle. Das Ganze entspricht dem der Elephantiasis arabum und zeigt ein sehr prägnantes Bild der chronischen Entzündung. Das Gewebe zeigt eine starke Vermehrung und Schlängelung der Bindegewebsfasern. Es sind sehr zahlreiche, von verschiedener

Größe, erweiterte, mit einer homogenen Masse ausgefüllte Lymphgefäße und Lymphräume. Die sehr spärlich vorhandenen Blutgefäße zeigen eine deutlich ausgesprochene starke Verdickung ihrer Wandungen mit leichter Intimawucherung. Die Gefäßlumina sind stellenweise mit roten Blutscheiben ausgefüllt. Das ganze Gewebe ist diffus und herdweise mit zahlreichen großen Zellen durchsetzt; die Zellen haben eine runde Form mit gut färbbarem, auch rundlichem Kern, welcher bei der van Gieson schen Färbung unter starker Vergrößerung mehrere Granula erkennen läßt. Die Anhäufungen von diesen Zellen zeigen ein feinfaseriges Gerüst aus Bindegewebszügen, die sich in die Umgebung fortsetzen. Die Gefäße sind besonders stark von dieser Zellinfiltration begleitet.

Die Epidermis zeigt keine wesentlichen Veränderungen; das Stratum corneum ist etwas atrophisch und stellenweise vom Stratum germinativum abgelöst.

Bemerkenswert ist noch, daß die Talgdrüsen, die sonst normalerweise bekanntlich an den kleinen Labien sehr reichlich vorkommen, in unseren Präparaten ganz spärlich vertreten sind; nur an einer einzigen Stelle sind sie zu sehen. Ich möchte noch einmal erwähnen, daß ich keine Riesenzellen, Epitheloidzellen, keine regressiven Vorgänge, Verkäsungen, Verfettungen gefunden habe.

Ein exzidiertes Stückchen aus der Fossa navicularis, das vom Herrn Geheimrat Beneke histologisch untersucht worden war, wurde von ihm als Neubildung luetischen Charakters aufgefaßt.

Nach Ablauf einer kurzen Frist, etwa eines Monats nach der Entlassung, suchte die Patientin am 12. September 1913 zum vierten Male die Königliche Hallenser Frauenklinik wieder auf mit der alten Klage über Brennen und Jucken an den Genitalien, über Abgang von Kot durch die Scheide und über das Gefühl von Wundsein.

Der Status praesens ist derselbe wie beim letzten Mal, aber Patientin sieht jetzt blaß aus und etwas in ihrem Ernährungszustand heruntergekommen. Der Untersuchungs-

befund an den äußeren und inneren Geschlechtsorganen hat sich auch nicht wesentlich geändert; das Septum recto-vaginale enthält wie zuvor eine etwa markstückgroße Fistelöffnung.

Die Patientin wird von neuem sehr energisch mit antiluetischen Mitteln behandelt, nämlich mit Jodkalium und Kalomel; auch tägliche Sitzbäder mit warmem Seifenwasser. Vom 15. September bis zum 4. Oktober bekommt die Patientin dreimal täglich einen Eßlöffel Kalii jodati (20 : 200). Am 4. Oktober mußte wegen der aufgetretenen Jodakne die Jodkur unterbrochen werden, die aber am 7. Oktober von neuem beginnt. Es wurden auch der Patientin, in Intervallen von einigen Tagen, fünf intramuskuläre Injektionen von Kalomelöl — je 1 ccm — einverleibt. Am 7. Oktober stellte sich eine leichte Stomatitis mercurialis ein, welche durch Mundspülungen mit Kali chloricum bekämpft wurde. Abgesehen von der Jodakne und der leichten Stomatitis mercurialis hatte Patientin die antiluetische Kur zum zweiten Male ziemlich gut vertragen. Am 15. und 18. Oktober entleerten sich vom Rektum reichlich Schleimmengen, zeitweise auch blutig verfärbt; die Schleimhaut der Scheide und die Umgebung der Vulva waren frei von entzündlichen Erscheinungen. Es wird nun zum zweiten Mal am 23. Oktober vom Herrn Geh. Medizinalrat Professor Dr. J. Veit die Rekto-Vaginalfistel-Operation in Chloroformnarkose vorgenommen. Die Patientin wird zur Operation durch Spülung der Scheide mit Alkohol, Sublimat und durch Bestreichen des Operationsfeldes mit Jodtinktur vorbereitet. Nach umfangreicher Anfrischung der Ränder der Rekto-Vaginalfistel werden nun dieselben durch Katgutknopfnähte miteinander vereinigt. Der Stuhl wird einige Tage nach der Operation durch Tinctura Opii simplex und knappe Diät angehalten; er entleerte sich später spontan nur per Vias naturales. Nach einer Nachbehandlung, bis die Rekto-Vaginalfistel sich völlig geschlossen hatte, wird die Patientin 19 Tage post operationem mit dem Befund entlassen, daß die elephantiastische Schwellung nicht erheblich, aber doch merk-

lich zurückgegangen ist, daß die Operationsnarbe glatt und derb ist, daß keine Kommunikation zwischen Vagina und Rektum besteht. Rektocele kleiner wie bei der Aufnahme, infolge der plastischen Operation. Keine subjektiven Beschwerden.

Wir haben es also in unserem Falle mit einer Erkrankung der äußeren weiblichen Genitalien zu tun, die eine exquisite Chronizität ihres Verlaufes zeigt, die eine Gewebshyperplasie und eine Gewebszerstörung gleichzeitig erkennen läßt, mit starker Tendenz zu rezidivieren; mit anderen Worten, wir haben es mit dem Ulcus rodens vulvae zu tun.

Veit definiert die Erkrankung als eine „schwer heilende Geschwürsbildung mit prall ödematöser Schwellung der Umgebung und großer Neigung zu fistulösen Gängen, die in Nachbarorgane führen".

Eine klassische Beschreibung des Ulcus rodens vulvae finden wir bei Veit in seinem Handbuch der Gynäkologie; er gibt einen kurzen und scharfen kritischen Überblick über die Literatur des Ulcus rodens vulvae und ein zusammenfassendes Resumé über alles Wesentliche, das bis jetzt über diese Frage abgehandelt worden ist.

Wir wissen jetzt, daß die Erkrankung ihre Opfer hauptsächlich im Proletariat, also in Schichten der Bevölkerung, die in schlechten sozialen und hygienischen Verhältnissen leben, sucht; die Prostitution liefert ein großes Kontingent dieser Patientinnen (Huguier, Schroeder, Veit, West, Odmanson, Koch u. A.). Die Erkrankung betrifft meistens Patientinnen im Alter von 20 bis 50 Jahren; in den 9 Fällen Huguiers und 5 Fällen Wests standen die Patientinnen im Alter von 20 bis 52 Jahren, in 13 Fällen Schroeders zwischen 23 bis 43, in den 20 Fällen Kochs zwischen 20 bis 40 Jahren.

Immer also nach der Pubertät, aber niemals vor dieser Zeit. Es handelt sich meistens um Frauen, die verheiratet oder dem geschlechtlichen Genuß extramatrimoniell ergeben sind. Ob Virgines auch von dieser Erkrankung befallen werden können, scheint mir sehr zweifelhaft; aus der Literatur

habe ich darüber nichts erfahren können. Die Erkrankung beginnt in den meisten Fällen sehr schleichend und fast ohne irgendwelche lokalen oder allgemeinen Beschwerden oder solche sehr geringfügiger Natur. Schroeder sagt, daß „die Symptome, welche durch diese ausgedehnten Verschwärungen hervorgebracht werden, wie auch Odmanson hervorhebt, in einzelnen Fällen unglaublich gering sind.“ Die Kranken klagen in vielen Fällen anfangs über das Gefühl von Wundsein, Jucken und Brennen an den äußeren Genitalien. In einer großen Zahl der Fälle ist ein langandauernder, hartnäckiger Fluor albus vorausgegangen. Der Arzt wird in manchen Fällen wegen ganz anderer Ursachen konsultiert, der nebenbei auch die in Rede stehende Affektion feststellen kann; natürlich in den Fällen, wo es sich um Puellae publicae handelt, werden dieselben durch die Polizei wegen Ulcerationen an der Vulva der ärztlichen Untersuchung überwiesen.

Der Krankheitsprozeß lokalisiert sich an verschiedenen Stellen der Vulva, des Perineums und am After, an den großen und kleinen Labien, Praeputium clitoridis, Urethra, paraurethrales Gewebe, Vestibulum, in der Fossa navicularis, vordere und hindere Kommissur und mitunter am Mons veneris. Die Prädilektionsstellen sind nach Schroeder die Fossa navicularis, die Urethra, die vordere und hintere Kommissur und die Innenseite der kleinen Labien. Nach Duncan sind am meisten bevorzugt die Labien, Klitoris, Hymen und Vestibulum, selten Mons veneris. Mitunter können auch die Hüften, die Leistengegend, die Innenseite der Oberschenkel befallen werden. Die letzten Lokalisationen sind aber außerordentlich selten.

Die Beschreibung der verschiedensten Autoren über Form, Sitz und Beschaffenheit der Ulcerationen und Wucherungen, die die konstanten Komponenten der Erkrankung bilden, ist sehr reich an Variationen.

Grace Pekham[1]), die in einer fleißigen und sorgfältigen Arbeit 60 Fälle aus der Literatur und einen Fall eigener

[1]) Zitiert nach Engelmann.

Beobachtung zusammengestellt hat, schildert speziell in ihrem Falle die pathologischen Veränderungen an der Vulva sehr eingehend. Die Labiae maiores sind stark geschwollen; zwischen denselben und den kleinen Labien findet sich eine tief exulzerierende Furche. Das Geschwür dringt nicht in die Tiefe der Schleimhaut ein und befindet sich auf gleichem Niveau mit derselben, zeigt hier und da kleine Erhabenheiten, gleicht im übrigen jedoch einer gewöhnlichen, granulierenden Fläche, mit gutem, geruchlosem Eiter bedeckt. Die Klitoris und die kleinen Labien sind in ein Bündel von drei oder vier Geschwülsten umgewandelt, welche zwischen den großen Schamlippen herabhängen. Die rechte Nymphe ist beinahe ganz zerstört. Die Oberfläche der Geschwülste sowohl wie auch die ganze Schleimhaut der Vulva zeigt ein glänzendes, violett-blaues Aussehen.

Um den Scheideneingang finden sich vier unregelmäßige Geschwülste mit ulcerierender Basis, nach hinten zu von 2 cm Tiefe. Weiter nach oben in die Scheide dringt die Affektion nicht vor, dagegen zeigen sich in der Richtung des Anus weitere kleinere Wucherungen.

Der von Haeberlin genau beschriebene Fall, der in mancher Beziehung unserem sehr ähnlich ist, illustriert in ausgesprochener Weise die krankhaften Veränderungen an den Genitalien beim Ulcus rodens vulvae.

Veit folgt in seiner Beschreibung des Krankheitsbildes beim Ulcus rodens vulvae der von Schroeder.

Schroeder beschreibt die chronischen Ulcerationsprozesse an der Vulva in zwei Formen (Gruppen): die Ulcerationen an der vorderen Kommissur und die Ulcerationen an der hinteren Kommissur. Man findet im Beginn seltener Ulcerationen der Harnröhrenschleimhaut, die in der Regel im Anfangstück ihren Sitz haben, mitunter aber auch bei nicht abnormer Eingangsöffnung den größten Teil der Harnröhre in eine buchtige Geschwürshöhle verwandelt haben, häufiger oberflächliche oder tiefe mit gelbem Belag versehene Geschwüre zwischen Klitoris und Urethra. In weiter vorge-

schrittenen Formen ist das Anfangsstück der Harnröhre zerstört, der Harnröhrenwulst hängt im Scheideneingang, und eine große geschwürige Fläche findet sich zwischen Klitoris und Harnröhre; doch zeigt in manchen Fällen der wohlerhaltene und an seiner normalen Stelle befindliche obere Rand des zerstörten Orificium urethrae, daß die große Ulcerationsfläche nur von der weitklaffenden Harnröhre gebildet wird. Der Eingang in die Blase kann strikturiert sein, so daß der Katheter nur mühsam seinen Weg findet, in vielen Fällen aber haben die Ulcerationen einen solchen Substanzverlust herbeigeführt, daß der Finger ohne weiteres in die Blase dringt. Die ulcerativen Prozesse an der hinteren Kommissur schildert Schroeder folgendermaßen: „Die Ulceration beginnt hier in der Fossa navicularis ziemlich median oder etwas seitlich, unmittelbar vor dem Rande des Hymen resp. der hier stehengebliebenen Carunculae myrtiformes. Sie breitet sich nicht leicht sehr weit in der Peripherie aus, sondern dringt mehr in die Tiefe vor, so daß sie in ausgesprochenen Fällen im Dammdreieck eine buchtige Höhle bildet und bis an die Mastdarmschleimhaut reicht. Letztere bleibt oft sehr lange intakt, bis auch sie durchbrochen wird und so die fistulöse Verbindung zwischen Mastdarm und Scheidenvorhof etabliert ist. Sehr erleichtert wird das Zustandekommen der Fistelbildung durch die ungemein häufige Komplikation mit syphilitischen Geschwüren und Stenosen des Rektum. Fast ebenso häufig sind harte, derbe Indurationen des Anus, des Dammes und der Vulva bis zu deutlich charakteristischer luetischer Elephantiasis.

Man findet deswegen in den ausgesprochensten Fällen die Schleimhaut des Anus in harte rigide Wülste verwandelt, zwischen denen die Aftermündung weit klafft, das untere Ende des Mastdarms ist in ein enges, weiter nach oben für den Finger in der Regel nicht mehr durchgängiges, mit starren ulcerierten und granulierenden Wandungen versehenes Rohr umgewandelt, von dem aus eine meistens enge Öffnung in das vollständig ausgehöhlte Dammdreieck führt. Dies letztere, in

dem Kot und Geschwürsekrete dauernd stagnieren, öffnet sich an der oben beschriebenen Stelle in den Scheidenvorhof."

Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen der meisten Autoren zeigten keine besonderen Veränderungen, die etwa spezifisch oder charakteristisch für das Ulcus rodens vulvae sich erwiesen haben. In den meisten Fällen aber fand man Veränderungen, die bei chronisch-entzündlichen Prozessen vorkommen. So findet man, wie es auch in unserem Falle war, eine starke Bindegewebshyperplasie mit diffuser und herdweise auftretender Infiltration des Gewebes von Rundzellen und Lymphocyten. Es ist auch fast immer das Bild der Hyperämie und Stauung. Die Lymphgefäße und Lymphräume sind stark dilatiert, die Blutgefäße in ihren Wandungen verdickt und fast immer von Zellanhäufungen begleitet. In manchen Fällen, die sicher dem Ulcus rodens vulvae angehören, sind auch Riesenzellen gefunden worden, so in den Fällen von Winckels, Hintzes, Petits, Rechenbachs, Benders, Taylors u. A. Koch erwähnt auch in einem von ihm beobachteten Falle, wo Pinner im elephantiastisch verdickten Gewebe der großen Labie neben starken Bindegewebszügen mit Haufen von Rundzellen, die teilweise aus Leukocyten, teilweise aus Plasmazellen bestanden, auch die typischen Langhansche Riesenzellen fand, die sich in der Mitte der Rundzellenanhäufungen erkennen ließen. Koch erwähnt noch zwei Fälle von Elephantiasis vulvae, bei denen Unna Riesenzellen gefunden hat.

Wenn wir uns nun die Frage im allgemeinen und speziell in unserem Falle vorlegen, welches eigentlich die Ursachen sind, die eine solche Zerstörung und Verstümmelung an den äußeren weiblichen Genitalien, die kein Analogon in der Pathologie der männlichen Sexualorgane hat, anrichten, so sind wir noch leider heutzutage nicht in der Lage, eine bestimmte und klare Antwort darauf zu geben, obwohl wir schon im Laufe der Zeit einiges in dieser Beziehung kennen gelernt haben. Die

wissenschaftliche Diskussion in der Literatur über die Ätiologie der hier in Rede stehenden Affektion hat sich von vornherein auf die zwei schweren Infektionskrankheiten, auf die Tuberkulose und die Lues konzentriert. Die frühere Zeit war noch sehr im Unklaren über die Natur dieser Erkrankungen, und es ist deshalb sehr natürlich, daß die Autoren immer die Neigung hatten, bei schwer zu deutenden und hartnäckigen Affektionen der Haut, insbesondere wenn es sich noch, wie bei unserer Affektion, um ulcerative Vorgänge an den Genitalien handelte, die Krankheitsursache in der Tuberkulose oder Syphilis zu suchen. Es sind sicherlich viele Autoren zu extrem in ihren Behauptungen gewesen, da sie ihre Aufmerksamkeit auf die zwei oben genannten Erkrankungen konzentrierend, viele andere Momente außer acht gelassen haben.

Wenn wir uns noch einmal an die Krankheitsgeschichte unserer Patientin erinnern wollen, so sehen wir, daß diese aus einer gesunden Familie stammt, ohne irgendwelche hereditäre Belastung. In der Anamnese keine Syphilis und keine Tuberkulose. Die Patientin war bis zur Verheiratung stets recht gesund gewesen. Nun folgt eine Geburt nach der anderen und die Kinder kommen höchstwahrscheinlich mit einer Blenorrhoea neonatorum zur Welt, da sie wegen Augeneiterung vom Arzt mit Höllenstein behandelt worden sind. Die Patientin sucht im Jahre 1900 die Königliche Hallenser Frauenklinik zum ersten Male mit der Klage auf, daß sie seit ihrer dritten Gravidität beständig an weißgelbem, geruchlosem Ausfluß aus den Genitalien und an starkem Brennen bei der Miktion leidet. Nach zwei Jahren, nachdem sie auch in Leipzig wegen starkem Fluor albus und „Unterleibsgeschwüren" in Behandlung gewesen war, kommt Patientin wieder mit der alten Klage über Ausfluß, Brennen und Juckreiz an den äußeren Genitalien. Es wird nun die Diagnose auf Gonorrhöe der Cervix und des paraurethralen Gewebes gestellt. Trotz mehrfacher Ätzungen und Spülungen wird Patientin mit dem Befund, daß der Rezessus der auf 1 cm abgelösten Urethra noch leicht gerötet und zeitweise juckend ist, von der gonorr-

höeischen Cervicitis geheilt, mit Holzessig-Spülungen entlassen. Wie die Spülungen gemacht worden sind, das wissen wir jetzt nicht mehr. Nach 11 Jahren kommt Patientin mit dem in der Krankheitsgeschichte beschriebenen traurigen Krankheitsbilde der hochgradigen Zerstörung und Schwellung an den äußeren Genitalien, dem Damm und mit einer Rekto-Vaginalfistel wieder. Wir haben es also hier mit einem Falle von Ulcus rodens vulvae zu tun, wo die langdauernde, vernachlässigte chronische Gonorrhöe in der Krankheitsgeschichte unstreitbar eine dominierende Rolle gespielt hat. Ich wage aber nicht mit voller Überzeugung der chronischen Gonorrhöe die alleinige und einzig sichere Ursache der Erkrankung zuzuschreiben, denn sonst müßten wir ja viel häufiger ein Ulcus rodens vulvae entstehen sehen im Anschluß an eine solche chronische Gonorrhöe, bei der außerordentlichen Häufigkeit derselben. Doch muß ich darauf aufmerksam machen, daß der Gonorrhöe keine gering zu schätzende Rolle in der Ätiologie des Ulcus rodens vulvae zukommt, und daß sie von vielen Autoren sehr wenig berücksichtigt worden ist. In unserem Falle habe ich wenigstens keine andere wesentliche Ursache, die ich für die Erkrankung verantwortlich machen kann. Die Tuberkulose ist mit der größten Wahrscheinlichkeit auszuschließen, denn wir haben dazu gar keinen wissenschaftlich begründeten Stützpunkt. Das Tierexperiment war negativ, desgleichen die diagnostische Tuberkulin-Reaktion. Die mikroskopische Untersuchung auf den Kochschen Tuberkelbazillus und auf tuberkulöse Gewebsveränderungen lieferte uns ein negatives Resultat. Diese Tatsachen und das Fehlen irgendwelcher tuberkulöser Erkrankung der inneren Organe der Patientin, der ganze Verlauf und das klinische Bild sprechen alle gegen die Annahme einer tuberkulösen Affektion. Nun kommt noch sehr ernstlich in Betracht die Frage der Lues. Aber auch für die Lues haben wir in unserem Falle keinen sicheren Anhaltspunkt; im Gegenteil, es spricht vieles gegen eine solche Annahme. Die Patientin selbst weiß absolut nichts von einer luetischen Infektion, hat 5 mal geboren

und hatte nur eine Fehlgeburt. Kinder leben und sind gesund. Objektiv ist nichts von einer etwa überstandenen Lues nachzuweisen. Es sind keine luetischen Residuen am Körper, an der äußeren Haut und an den Schleimhäuten, keine narbigen Veränderungen vorhanden. Die Wassermannsche Reaktion war in der Sternschen Modifikation dreimal negativ. Allerdings war die Wassermannsche Reaktion, wie gesagt, im Originalversuch nicht ausführbar, da sich immer beim Inaktivieren des Patientenserums ein antikomplementärer Körper gebildet hat, der eine komplette Hemmung in den Kontrollen und Extraktröhrchen herbeiführte. Wir haben aber doch die serologische Blutuntersuchung unseres Falles auf Lues als negativ aufzufassen, denn die Sternsche Modifikation ist bekanntlich noch viel empfindlicher als die Wassermannsche Reaktion im Originalversuch selbst. Wir haben auch keine Spirochäten im Gewebe (nach der Levaditischen Färbung) finden können. Weiterhin liefert uns auch der geringfügige Einfluß unserer energischen antiluetischen Therapie auf den Krankheitsprozeß ein negatives Moment in bezug auf die Auffassung, daß die Affektion luetischen Ursprungs sei.

Ein malignes Neoplasma kommt hier kaum differentialdiagnostisch in Betracht, wenn wir das klinische Bild, den Verlauf und den mikroskopischen Befund ins Auge fassen wollen. Auf Grund dieser Tatsachen bin ich sehr geneigt, in unserem Falle in der vernachlässigten chronischen Gonorrhöe ein bedeutungsvolles ätiologisches Moment zu sehen. Die jahrelang bestandene Gonorrhöe hat im Laufe der Zeit durch die Wirkung des Trippergiftes eine chronische Irritation auf die äußeren Genitalien ausgeübt und damit das Gewebe in einen dauernd entzündlichen Zustand versetzt. Was eigentlich für feinere Vorgänge sich im Gewebe durch den chronischen Reiz des Trippergiftes abgespielt haben, ob zunächst durch schlechte Zirkulationsverhältnisse eine Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des Gewebes bewirkt worden ist und nun die ununterbrochen immer von neuem folgenden Reize

endlich das schon geschwächte Gewebe zur Ulcerationsbildung und Wucherung veranlaßt haben, das möchte ich vorläufig dahingestellt sein lassen. Natürlich ist nicht ausgeschlossen, daß außer der Gonorrhöe noch andere Momente mitgespielt haben, z. B. Exzesse in venere, Unsauberkeit, zersetztes Menstrualblut, Schweiß und Urin. Fritsch nimmt an, daß die Vulvitis entstehen kann durch die Einwirkung des Menstrualblutes, welches sich durch Luft und Staub zersetzt, einen sehr üblen Geruch annimmt und die Vulva reizt. Der Reiz des zersetzten Menstrualblutes bewirkt eine Hypersekretion der Vulva-Talgdrüsen, die große Mengen von Fett liefern, welche sich zu Fettsäuren umwandeln und auch eine ekzematöse Erkrankung der Vulvahaut herbeiführen. Fritsch nimmt aber an, daß der bei weitem häufigste Grund der Vulvitis eine Infektion mit Trippergift ist. Der Gedanke, daß die chronische Gonorrhöe von großem Einfluß auf die Entwicklung eines Krankheitsbildes, wie das des Ulcus rodens vulvae sein kann, liegt um so näher, wenn wir wissen, daß das Gonokokkenvirus die merkwürdige Eigenschaft hat, schon, sozusagen, bei normalen Verhältnissen eine papillomatöse Wucherung hervorzurufen in Form der Condylomata acuminata. Tatsächlich erinnern die papillomatösen Wucherungen an der Urethra und am After sehr stark an die spitzen Kondylome. Daß die spitzen Kondylome meist im Zusammenhang mit dem Gonokokkenvirus stehen, unterliegt keinem Zweifel. Ferner, die Zerstörungen und Fistelbildungen am After und im Septum recto-Vaginale sind sehr gut durch die chronische Mastdarm-Gonorrhöe zu erklären. Die Statistik der neueren Zeit hat uns gezeigt, daß die Mastdarm-Gonorrhöe eine sehr häufige Komplikation der Vaginal- oder Urethral-Gonorrhöe des Weibes ist. Für Berliner Verhältnisse fand z. B. Eckold auf der von Professor Bruhns[1]) geleiteten Station des städtischen Obdaches in etwa 25% der Fälle

[1]) Zitiert nach Bruhns, Rieckes Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

von weiblicher Gonorrhöe, meistens bei Prostituierten, Gonorrhöe des Rektums, Bär bei etwa einem Drittel von weiblicher Gonorrhöe, Jullien in Paris bei einem Drittel aller gonorrhöeischer Frauen. Die Frauen haben bei Rektumgonorrhöe keine großen oder fast keine Beschwerden und die Gonokokken sind im späteren Stadium schwer nachweisbar (Koenig). Die Frauen haben manchmal etwas Brennen und Jucken bei der Defäkation und mitunter entleert sich etwas Eiter und Schleim. Koenig (Berlin) hat sich ganz besonders mit der Frage der venerischen Erkrankungen des Mastdarmes beschäftigt, die er als „eine Krankheit der wirklichen Großstadt" bezeichnet und meistens bei Prostituierten fand. Die pathologischen Veränderungen am Mastdarm, die durch Striktur, Fistel- und Geschwürbildungen, Wucherungen in Form von „hahnenkammförmigen Hautduplikaturen", Geschwülsten von verschiedener Breite und Höhe, in größerer oder geringerer Anzahl an der Analöffung einhergehen, sind nach Koenig in der Mehrzahl der Fälle auf die Gonorrhöe zurückzuführen. Koenig sagt: „Die Majorität derer, welche letzter Zeit in dieser Frage (der venerischen Affektion des Mastdarmes) auf Grund von Untersuchungen das Wort ergriffen haben (Neuber, Ponfik, Bär u. A.) steht mit uns auf dem Boden, daß der Gonorrhöe die meisten Erkrankungsfälle angehören." An einer anderen Stelle sagt weiter Koenig: „Vor allem halten wir die Fälle von Gonokokkeninfektionen, bei welchen man am Rand des Afters die eigentümlichen hahnenkammförmigen Bildungen, wie wir solche oben geschildert haben, nachweist. Sie gehören weit eher an der Reizung der Haut durch Gonokokkensekret, als durch Reizung syphilitischen Charakters."

Die Frage, wie die venerische resp. gonorrhöeische Affektion des Mastdarmes zustande kommt, beantwortet Koenig:

1. durch abnorm in das Rektum ausgeübten Koitus,
2. das beim Koitusversuch der mit Infektionsmaterial beschmutzte Penis zunächst hinter dem Introitus vaginae

in die Afterspalte geraten kann und somit eine Mastdarminfektion herbeiführt,

3. bei reichlichem Vaginalsekret kann in Rückenlage der Frau Eiter und Schleim leicht über das Perineum in die Crena ani und von hier in den After gelangen.

Koenig glaubt, wenn wir den letzten (3.) Mechanismus der venerischen Mastdarminfektion annehmen wollen, so ist auch das gonorrhöeisch eitrige Sekret am leichtesten übertragbar.

Bruhns berührt auch in seiner Arbeit über die Gonorrhöe des Weibes die Frage der Ätiologie der Rektalstrikturen, die häufig mit der (wie er es selbst bezeichnet) „Elephantiasis vulvae (s. Esthiomène)" kombiniert sind. Er macht darauf aufmerksam, daß man in vielen Fällen von „Elephantiasis vulvae (s. Esthiomène)" mit Rektalstriktur bei genauer rekto-endoskopischer Untersuchung auch dieselben elephantiastischen Wucherungen mit Ulcerationen, genau so wie an den äußeren Genitalien im Rektum vorfindet. „Wie bei letzterer (Esthiomène oder „Elephantiasis vulvae") sieht man auch im Rektum durch das Endoskop eitrig belegte, chronisch torpide Ulcerationen neben den Wulstbildungen." Allerdings ist Bruhns nicht im klaren über die Ätiologie der Rektalveränderungen, ob die Lues oder die Gonorrhöe beschuldigt werden soll.

In dem Fall von Haeberlin spielt auch die Gonorrhöe eine nicht verkennbare Rolle, obwohl der Autor selbst nicht geneigt ist, die Gonorrhöe als Krankheitsursache ansprechen zu wollen, indem er sagt: „der Fluor albus, der anamnestisch festgestellt ist, kann auch nicht verantwortlich gemacht werden, denn sonst wäre der „Lupus" eine häufige Erkrankung". Aber meiner Ansicht nach spricht auch in diesem Falle wenigstens vieles für eine Einwirkung des Gonokokken-Virus auf den pathologischen Prozeß. Die Patientin in dem Haeberlinschen Falle war stets gesund gewesen, abgesehen von einer Typhuserkrankung; nun erkrankte sie an Gonorrhöe und Ulcus molle und im Anschluß daran an einem Drüsenabszeß

in der linken Seite. Patientin leidet seitdem beständig an Fluor albus; daneben Diarrhöe, Stuhl anfangs schleimig, dann blutig und eitrig, Schmerzen im Leibe und krampfhafte, ziehende und brennende Schmerzen in der Aftergegend. Beim Urinieren hatte die Kranke öfters Brennen an den äußeren Genitalien. Auch die anatomischen Veränderungen am Rektum sprechen sehr für Gonorrhöe. Am linken Rande der Afteröffnung ein erbsengroßer, harter, höckeriger Wulst, ähnlich einem Hämorrhoidalknoten. Man kann leicht mit dem Finger in den Mastdarm eindringen, indem der Schließmuskel nach vorn gänzlich mangelhaft ist. Die Schleimhaut des Mastdarms ist uneben, stellenweise verdickt und verhärtet. An anderen Orten, besonders in der vorderen Wand, unregelmäßige, vertiefte Geschwürsflächen. Von Lues und Tuberkulose ist bei der Patientin gar keine Rede; Tuberkelbazillen sind nicht gefunden worden.

In dem Fall von Martin und Lorent ist die Gonorrhöe sogar als Krankheitsursache angesprochen worden. „Langdauernde, vernachlässigte Blenorrhöe schien Kausalmoment gewesen zu sein." In der Tat ist wiederum in diesem Falle die Beteiligung der Gonorrhöe nicht zu verkennen. Zwölf Jahre litt die betreffende Patientin an Fluor albus, welcher durch forcierten Koitus des Mannes entstanden sein soll. Der Mann litt an Tripper und Hodenentzündung. Die Affektion der Vulva entwickelte sich ganz allmählich; zuerst schwoll das Labium dextrum an, dann bildete sich auch unten ein Geschwür und eine Anschwellung am After. Bei der Untersuchung fand man außer den Vulvaveränderungen auch eine wallartige indurierte Wucherung von roter Färbung mit Einkerbungen versehen, welche exkoriiert waren und Sekret absonderten, um den Anus herum. Von Syphilis und Tuberkulose war auch bei dieser Patientin keine Rede. Ich möchte auch bei dieser Gelegenheit bemerken, daß der Martinsche Fall unserem sehr ähnlich ist. F. Koch ist auch der Meinung, daß in dem Martinschen Falle kein anderes ätiologisches Moment außer der Gonorrhöe aufgefunden werden

konnte, und glaubt, daß eine langdauernde Cervixgonorrhöe die Ursache des Ulcus rodens vulvae abgeben kann (d. h. des Ulcus chronicum elephantiasticum). Er sagt: „Wir halten die Entstehung von Erosionen und weiterhin auch von Ulcerationen an der Vulva infolge langdauernder Cervixgonorrhöe und des häufig mit ihr verbundenen profusen Fluor durchaus für möglich."

In der Frage, wie weit die chronische Gonorrhöe in der Ätiologie des Ulcus rodens vulvae mitspielt, ist der Rieck-sche Fall, der ja zweifellos in die Kategorie dieser Erkrankung gehört, von sehr großem Interesse. Handelt es sich in dem Rieckschen Fall lediglich, wie es der Autor annehmen zu müssen glaubt, um eine primäre tuberkulöse Affektion oder aber um eine gonorrhöeische mit sekundärer tuberkulöser Infektion? Ich glaube, daß ich recht habe, wenn ich mich zu der Rieckschen Annahme, daß es sich in seinem Falle um primäre Tuberkulose beim Ulcus rodens vulvae handele, etwas skeptisch verhalte. Zur Sicherung einer wissenschaftlich begründeten Diagnose der Tuberkulose der Haut verlangen wir heutzutage den sicheren Nachweis von Tuberkelbazillen mit färberischen oder kulturellen Methoden oder auch durch das Tierexperiment, lokale und allgemeine Reaktion des Organismus auf Injektion von Tuberkulin und histologisch nachweisbare spezifische Veränderungen des Gewebes. Die Diagnose der Tuberkulose unterliegt keinem Zweifel, wenn der Tuberkelbazillus auf irgendeinem Wege nachgewiesen worden ist. Dagegen die histologische Untersuchung und die Tuberkulin-Reaktion können die tuberkulöse Natur einer Hauterkrankung nicht sichern. Die bei der Tuberkulose vorkommenden Epitheloid- und Riesenzellen sind auch bei manchen anderen Affektionen nachweisbar. (Bei der Syphilis, Lepra, Aktinomykosis.) Es sind auch im Chalazion Epitheloid- und Riesenzellen vom Langhanschen Typus gefunden worden, ohne daß die letztere Erkrankung, wie es nachgewiesen worden ist, das geringste mit der Tuberkulose zu tun hat (E. v. Hippel). Riesenzellen entwickeln sich auch bei Organisation und Einheilung

von Fremdkörpern. Experimentell sind bei Hauterfrierungen Riesenzellen in den Geweben gefunden worden (Askanazy).

Die positive Tuberkulin-Reaktion, wenn sie nun allgemein ist, kann durch etwa im Körper vorhandene sonstige tuberkulöse Herde bedingt sein und ist deshalb nicht immer verwendbar.

In dem Rieckschen Falle haben wir merkwürdigerweise ein negatives Tierexperiment, wir haben weder eine allgemeine noch lokale Reaktion auf Injektion von Alt-Tuberkulin, und die gefundenen Tuberkelbazillen sind nicht bakteriologisch von dem Smegmabazillus differenziert worden, der ja bekanntlich dem Tuberkelbazillus ähnlich ist und auf der Vulva reichlich vorkommen kann. (Es ist sogar vom Autor die Differenzierung von Smegmabazillen versucht worden, aber ohne Erfolg.) Wenn ich, trotz der oben angeführten Tatsachen, die Richtigkeit der Annahme einer tuberkulösen Erkrankung nicht bestreiten möchte, so ist doch sicherlich aber von Rieck nicht nachgewiesen, daß die Tuberkulose seines Falles primärer Natur war. Veit zweifelt, ob in dem Rieckschen Falle die Tuberkulose primär war. Veit sagt: „Ob dabei die Tuberkulose der Vulva auch wirklich primär, bleibt dahingestellt." Es ist aber höchst wahrscheinlich, daß die Gonorrhöe mindestens hier bedeutend mitgespielt hat. Lassar, der genau diesen Fall zuerst bakteriologisch und histologisch untersuchte, kam zur Diagnose „Arrosionsgeschwür (bei Cystitis) mit indurativer Reaktion der Umgebung". Später untersuchte die Patientin Brieger; er fand keine Tuberkelbazillen, dagegen Gonokokken. Auch Rieck, wie ich gleich bemerken will, fand „gonokokkenartige Diplokokken", welche sich nach Gram entfärbten. Brieger stellte die Diagnose: „Alte Gonorrhöe mit Ulcus gonorrhoicum". Es fiel auch Rieck die große Tendenz zur Heilung, wenigstens an den Nymphen, auf. Es ist also anzunehmen, daß die Gonorrhöe in dem Rieckschen Falle vorhanden war und sicherlich in den pathologischen Prozeß hineingespielt hat. Es ist die Eventualität gegeben, daß sich auf der Basis einer chronischen Gonorrhöe

in dem wenig widerstandsfähigen Gewebe eine sekundäre Infektion mit Tuberkelbazillen etabliert hat.

Die Auffassung aller derjenigen Fälle von sogen. „Lupus", welche auf der Basis von gefundenen Riesenzellen als tuberkulös erklärt worden sind, ist nun jetzt nicht mehr aufrecht zu erhalten. Die Fälle von v. Winckel, die von ihm als Lupus hypertrophicus et perforans beschrieben worden sind, gehören ohne Zweifel dem Ulcus rodens vulvae an und sind nicht als Tuberkulosis cutis aufzufassen. In einem Falle, welchen v. Winckel fünf Jahre lang beobachtet hat und der von Birch-Hirschfeld mikroskopisch untersucht worden ist, sind Riesenzellen gefunden worden. v. Winckel nahm auf Grund der gefundenen Riesenzellen, des klinischen Verlaufes und der mangelnden Affektion der Lymphdrüsen den Lupus an; die Annahme ist aber auf Grund dieser Tatsachen jetzt nicht mehr berechtigt. Auch so steht es mit dem Fall von Rechenbach und R. Freund.

In dem Fall von R. Freund ist auch die Tuberkulose nicht erwiesen; der Freundsche Fall ist sehr wenig untersucht worden, da die Patientin bald zum Exitus letalis kam. Die histologische Untersuchung ergab nur die Anwesenheit von Riesenzellen; Tuberkelbazillen sind nicht gefunden worden. Ich finde deshalb die Annahme Tuberkulose nicht berechtigt und möchte bemerken, daß auch hier die Gonorrhöe ganz besonders in Frage kommt. Die Patientin hatte brennenden Ausfluß aus den Genitalien und eine Rektumerkrankung mit Strikturbildung, eine Obliteration der Cervix und eine Salpingitis. Diese Zustände können gut durch die Gonorrhöe erklärt werden. Autor selbst nimmt auch an, daß das Trippergift bei der Rektumstriktur beschuldigt werden kann. In neuerer Zeit wird von Stein und Heinemann (New York) ein Fall von „Esthiomène" mit sekundärer Elephantiasis vulvae beschrieben, in welchem an den äußeren Genitalien und am Rektum ausgedehnte Veränderungen mit reichlicher Bildung von lymphangiektatischen Cysten, papillösen Hypertrophien und polypösen Exkreszenzen bestanden haben; die

Autoren schließen Malignität, Syphilis und Tuberkulose aus, und nehmen an, daß vielleicht eine primäre Erkrankung des Rektums gonorrhöeischer Natur mit Ausgang in Striktur und Behinderung des Lymphstromes eine ätiologische Rolle gespielt hat. Es kann auch sein, daß in dem Fall von Freund die gonorrhöeische Mastdarm-Striktur auf die Erkrankung der Vulva von Einfluß gewesen ist. Ehrmann[1]) und Bandler machen darauf aufmerksam, daß infolge von luetischer Mastdarmstriktur die Lymph- und Blutgefäße komprimiert werden und damit schlechte Zirkulationsverhältnisse auch für die Vulva bewirkt werden. Dasselbe kann natürlich auch eine gonorrhöeische Rektumstriktur machen.

Weiter ist die Tatsache, daß in vielen Fällen von Ulcus rodens vulvae die Lues in der Anamnese eine Rolle spielt, nicht zu leugnen; z. B. in den 60 aus der Literatur von Grace Pekham zusammengestellten Fällen wurde in 12 Fällen die Syphilis angegeben, in 14 die Syphilis wahrscheinlich. Welche pathologische Bedeutung der Lues in der Ätiologie des Ulcus rodens vulvae zukommt, darauf möchte ich noch am Schlusse meiner Arbeit zurückkommen. Die Lues wird von vielen Autoren als Ursache der Erkrankung angesehen, von anderen dagegen geleugnet.

Ehrhard beschrieb chronische Ulcerationen an der weiblichen Harnröhre, die ohne Zweifel in das Gebiet des Ulcus rodens vulvae gehören. Ehrhard ist der Überzeugung, daß es sich bei diesen ulcerösen Erkrankungen der weiblichen Harnröhre nicht um eine einheitliche Ätiologie handelt, sondern daß hier verschiedene pathologische Momente im Spiele sind. Autor schließt sich an die Anschauung Odmansons an, daß die chronischen Ulcerationen der weiblichen Harnröhre durch chronische Reizzustände sich entwickeln können. Autor meint, daß die hier in Rede stehenden Ulcera sich in nichts von denen unterscheiden lassen, welche durch chronische Reizzustände hervorgerufen werden; z. B. Fußgeschwüre bei schlecht passendem Schuhwerk, und die Ulcera cruris bei varicösen

[1]) Zit. nach Szasz.

Venenerweiterungen, die „alle, solange die erzeugende Ursache fortwirkt, nicht nur nicht heilen, sondern noch größere Substanzverluste und tieferdringende Zerstörungen setzen, und bei denen man doch nicht die Syphilis als erzeugende Basis annimmt." Ehrhard behauptet, daß die Syphilis nur eine zufällige Begleiterscheinung sei, insofern als die meisten Puellae publicae, bei denen ja die Erkrankung so häufig vorkommt, alltäglich durch ihr trauriges Gewerbe der luetischen Infektion ausgesetzt sind, und daß sie deshalb sehr selten von der luetischen Infektion verschont bleiben. Das Entstehen von chronischen Ulcerationen ist Ehrhards Ansicht nach nur von mechanischen Insulten und lokalen Verhältnissen der äußeren Genitalien abhängig und hat mit der Syphilis nichts Gemeinsames. Allerdings gibt der Autor zu, daß die chronischen Ulcera der weiblichen Harnröhre bei luetischen Individuen schlechter heilen als bei nichtsyphilitischen Personen, da bei Syphilitikern die Wunden bekanntlich schwer zum Vernarben zu bringen sind, wegen der leicht zerfallenden Granulationen.

Vormann dagegen will alle chronischen ulcerativen Prozesse mit elephantiastischer Wucherung an den äußeren weiblichen Genitalien als eine luetische Erkrankung auffassen. Das ist, meiner Ansicht nach, eine zu kühne Behauptung, die Vormann in keiner Weise wissenschaftlich begründet und nachgewiesen hat. Es genügt ihm z. B. den Fall von Grace Pekham als eine tertiärluetische Affektion zu betrachten, weil keine Epitheloidzellen, keine Riesenzellen, keine degenerativen Metamorphosen vorhanden waren, die für Lupus sprechen konnten, und begründet seine Annahme durch die Tatsache, daß der Mann der Patientin luetisch infiziert war. Diese beiden Tatsachen sind aber noch nicht genügend beweisend für die luetische Natur der Erkrankung. Matzenauer ist auf Grund seiner vielfachen Beobachtungen überzeugt, daß die Affektion der äußeren weiblichen Genitalien, die er als Ulcus chronicum elephantiasticum bezeichnet, mit Syphilis nichts zu tun hat, trotzdem in seinen 28 Fällen 17 mal Syphilis vorausgegangen war. Autor kann nicht in seinem Falle irgend-

eine der Ursachen, die von verschiedenen Autoren angegeben sind, für die Erkrankung verantwortlich machen. Weder Syphilis noch Tuberkulose noch sonstige chronischen Reize sind ihm in seinem Falle vorausgegangen, welche auf die Genitalien hätten einwirken können. Der klinische Aspekt, Verlauf, die Dauer und das totale Versagen einer antiluetischen Behandlung sprechen entscheidend, nach der Meinung Matzenauers, gegen die Annahme einer Syphilis; auch sprechen nach seiner Meinung gegen Syphilis die Art der Elephantiasis und der außerordentlich eigenartige Charakter der Ulcera mit der unregelmäßigen Konfiguration, das Fehlen eines bei Syphilis charakteristischen Infiltrationsrandes in der Peripherie, der flache und allmähliche Übergang des Geschwüres in die Umgebung. Matzenauer findet auch den Verlauf und die Dauer der Erkrankung sehr abweichend von dem Bild der Syphilis, da das Ulcus chronicum vulvae Jahre und Jahrzehnte bestehen kann, ohne daß sich der Prozeß erschöpfen würde und eine spontane Heilung zustande käme, wie es häufig bei Lues der Fall ist. Im Gegenteil, der zerstörende Prozeß des Ulcus chronicum vulvae schreitet unaufhaltsam weiter fort, bis es zu vesiko- und rekto-vaginalen Fisteln kommt. Das alles ist nach Matzenauer von dem Bilde der Syphilis so weit entfernt, daß, wenn man die Lues als ätiologischen Faktor ansprechen will, man die paradoxe Annahme machen müßte, „daß die Syphilis unter besonderen Umständen, die uns vorläufig unbekannt sind, hier in Erscheinungsformen auftreten kann, wie sie ihr durchaus sonst fremd sind". Über die wirkliche Ursache des Ulcus chronicum vulvae wagt der Autor keine Hypothese auszusprechen.

In der neueren Zeit ist von Kraemer unter „Esthiomène" ein Fall von Ulcus rodens vulvae beschrieben worden. Verfasser glaubt mit Sicherheit Tuberkulose ausschließen zu können, da das Tierexperiment, die Ophtalmoreaktion mit Tuberkulin und die histologische Untersuchung negativ ausfielen. Da Kraemer auch eine maligne Neubildung ausschloß, so nahm er, wegen der positiven Wassermannschen Reaktion, ob-

wohl die Spirochaete pallida nicht gefunden worden war, Lues an.

Eine besondere Stellung in der Frage der Ätiologie des Ulcus rodens vulvae verdient die wertvolle Arbeit von F. Koch. Es ist zuerst von Koch auf die Bedeutung der Stauung, speziell der Lymphstauung, für das Zustandekommen des Krankheitsbildes des Ulcus rodens vulvae aufmerksam gemacht worden, welches von ihm als „Ulcus chronicum vulvae (non specificum simplex, elephantiasticum) benannt worden ist. Koch sah in Fällen von vereiterten und exstirpierten Inguinallymphdrüsen das Krankheitsbild des Ulcus rodens vulvae auftreten. Koch stellte auch die Hypothese auf, daß in manchen Fällen bei immer wieder auftretenden Infektionen an den Genitalien, auch ohne akute Supporation eine Schädigung des Lymphdrüsenparenchyms und damit die Vorbedingung zur Lymphstauung zustande käme. Er zieht auch in Erwägung die Frage, daß vielleicht die bei der Lues vorkommende Sklerosierung der Lymphdrüsen von Einfluß auf den Prozeß sei. Koch ist der Anschauung, daß verschiedenartige ulcerative oder sonstige entzündliche Prozesse an den Genitalien, wie Abszesse der Bartholinischen Drüsen, langdauernde Cervix-Gonorrhöe, furunkulöse und phlegmonöse Prozesse, vernachlässigte Dammrisse, geplatzte Hämorrhoidalknoten, Ulcera mollia und spätluetische Affektionen, beständig Entzündungsprodukte von den erkrankten Stellen nach den regionären Lymphdrüsen importieren, und daß es so zu einer partiellen oder totalen Ausschaltung der Drüsensubstanz kommen kann. Es bildet sich infolgedessen eine Lymphstauung mit darauf sich entwickelnder Hyperplasie des Gewebes, die ihrerseits den Heilungsvorgang der schon bestehenden Ulcera erschwert und hindert; mit anderen Worten, es kommt zu einem Circulus vitiosus: Die Ulcera rufen Hyperplasie hervor — die Hyperplasie begünstigt die Entwicklung der Ulcera. Koch findet in dem Ulcus cruris ein Analogon zu dem ulcerativen Prozeß der hier in Rede stehenden Erkrankung. Auch beim Ulcus cruris sind ungünstige Zirku-

lationsverhältnisse, Traumen, Unreinlichkeit, eventuell auch eine alte Syphilis von ätiologischer Bedeutung. Beim Ulcus cruris sehen wir neben torpiden Ulcerationen auch bindegewebige Hyperplasien vorkommen. Die Ulcera cruris neigen auch sehr leicht zu Rezidiven, sind therapeutisch schwer beeinflußbar und schließlich unheilbar.

Aber die Kochsche Anschauung, daß die gestörte oder aufgehobene Funktion der Lymphdrüsen infolge von Erkrankung oder Exstirpation derselben von hauptsächlicher pathogenetischer Bedeutung für die Entstehung des Ulcus rodens vulvae sei, ist meiner Ansicht nach nicht ganz einwandfrei. Erstens sind in vielen Fällen von Ulcus rodens vulvae, wie auch in unserem Falle, weder Exstirpation noch Supporation oder sonstige adenitische Erscheinungen an den Inguinallymphdrüsen beobachtet worden. Weiter wissen wir aus der Erfahrung, daß bei chirurgischen Operationen, bei denen ganze Lymphdrüsenpakete infolge karcinomatöser oder sonstiger Erkrankung (ich erinnere an die Lymphdrüsenausräumung in der Axilla bei Carcinoma mammae), sich gar keine elephantiastischen Veränderungen in den, ihrer regionären Lymphdrüsen beraubten Hautbezirken bemerkbar machen. Es ist wohl gut möglich mit Cohnheim anzunehmen, daß in diesen Fällen die Blutgefäße (resp. Venen) kompensatorisch die Funktion der Lymphgefäße übernehmen. Ferner ist unverständlich und paradox, weshalb die lokale Insuffizienz des Lymphapparates in einem Falle das „Ulcus vulvae" nach Koch zu erzeugen vermag und in den anderen Fällen die echte Elephantiasis arabum. Ich möchte gleich an dieser Stelle betonen, daß, obwohl wir irgendeinen Zusammenhang zwischen Ulcus rodens vulvae und Elephantiasis anerkennen müssen, doch aber auf keinen Fall die beiden Erkrankungen identifizieren dürfen. Koch gebraucht sogar den Ausdruck „Stauungselephantiasis"; das ist aber durchaus nicht den Tatsachen entsprechend. Bei der echten Elephantiasis arabum ist die Hypertrophie und gewaltige Größenzunahme des betroffenen Organs das einzige, die Erkrankung beherrschende und charakteristische Symptom, wäh-

rend beim Ulcus rodens vulvae, wenn man hier überhaupt den Ausdruck Elephantiasis gebrauchen darf, die elephantiastische Wucherung nur eine Komponente der Erkrankung ist, die im Hintergrund des ganzen Krankenbildes steht und in vielen Fällen sogar außerordentlich wenig ausgebildet ist. Bindegewebsneubildung ist ein Anpassungsvermögen, eine Schutzvorrichtung des Organismus gegen äußere Reize, gleichgültig ob chemischer oder mechanischer Natur, da das Bindegewebe den äußeren Einflüssen einen stärkeren Widerstand leisten kann. Auch die Bindegewebshyperplasie beim Ulcus rodens vulvae ist höchstwahrscheinlich durch äußere Reize hervorgerufen; aber sie nimmt keine extremen Dimensionen an, wie es bei der echten Elephantiasis der Fall ist. Beim Ulcus rodens vulvae sind vielmehr die Ulcerationen, die Fistelbildung im Krankheitsbilde hervorstechend. Die ulcerativen Prozesse bilden die wichtigste und charakteristische Komponente des Krankheitsbildes, die immer vorhanden sein muß; daher auch mit Recht der Veitsche Terminus „Ulcus rodens vulvae", denn in erster Linie haben wir es mit fressenden Geschwüren zu tun. Alle beide für die Erkrankung charakteristischen Komponenten, die ödematöse Schwellung und Ulcerationen sind beim Ulcus rodens vulvae immer vertreten. Veit wies auf die Eigentümlichkeit der Erkrankung hin, „daß Wucherung, ödematöse harte Schwellung und Ulcerationen zugleich vorkommen." Bei der echten Elephantiasis aber sind die Ulcerationen nur passagerer Natur und zeigen eine große Tendenz zur Heilung. Nach Veit kommen bei der Elephantiasis Ulcerationen nur ausnahmsweise vor. Veit gibt aber zu, daß „im Gegensatz zu den Verschwärungen beim Ulcus rodens hier (bei der Elephantiasis) die Überhäutungstendenz sehr groß ist. Die Verschwärungen gehören nicht zu dem regelmäßigen Charakter der Krankheit." Pozzi scheidet streng die Begriffe „Esthiomène de la vulve" und „Elephantiasis" voneinander. Zum Esthiomène gehören nach Pozzi Ulcera an den Genitalien der Frau, die langsam fortschreiten, und zwar mit der Tendenz zu elephantiastischer Wucherung der Umgebung.

Wenn die Hypertrophie überwiegt, so spricht Pozzi von hypertrophischen Formen, wenn die Ulcera — von ulcerösen—. Die beiden Formen kommen nach Pozzi fast immer miteinander kombiniert vor.

Das von Koch für das „Ulcus vulvae" chronicum, elephantiasticum gebrauchte Analogon mit dem Ulcus cruris ist, meiner Ansicht nach, sehr gut gewählt. In der Tat ist ätiologisch und pathogenetisch sehr viel Ähnlichkeit zwischen Ulcus cruris und Ulcus rodens vulvae vorhanden. Die Ätiologie des Ulcus cruris wird nach Lesser in mechanischen Insulten und in ungünstigen Zirkulationsbedingungen zu suchen sein. Auch beim Ulcus cruris kommt es bei langdauernder entzündlicher Infiltration des Gewebes schließlich zu einer Bindegewebsneubildung mit ödematöser Schwellung, die nicht mehr rückgängig zu machen ist.

Bekanntlich aber entstehen die Ulcera cruris, wenigstens in der Mehrzahl der Fälle, nicht infolge von Insuffizienz des lokalen Lymphapparates, sondern infolge von einer Blutgefäßerkrankung, infolge der varicösen Venenerweiterungen, die zu Ernährungsstörung der Haut führen. Daß die Erkrankung des Lymphapparates und somit die Lymphstauung ein ätiologisches Moment für die Entstehung des Ulcus cruris und auch des Ulcus rodens vulvae abgeben kann, will ich nicht bestreiten; es ist schon durchaus möglich, aber dieses Moment ist wenigstens für viele Fälle von Ulcus rodens vulvae zur Erklärung des krankhaften Prozesses nicht ausreichend. Es ist auch bei Ulcus rodens vulvae an krankhafte Veränderungen der Blutgefäße selbst zu denken. Cohnheim hat in seinen Tierexperimenten dargetan, daß bei totaler Ausschaltung aller Lymphbahnen ein Ödem nicht entstehen muß, da die Blutgefäße normalerweise kompensatorisch eintreten können und die Funktion der Lymphgefäße übernehmen. Warum sollen in den Fällen von Koch die Blutgefäße nach Cohnheims Theorie nicht kompensatorisch eintreten? Koch meint, wenn die Transsudation resp. Exsudation der Blutgefäße bei entzündlichen Prozessen gesteigert ist, so ist die Resorption durch die-

selben erschwert. Wenn wir aber wirklich annehmen wollen, daß bei der Exsudation die Gefäße an ihrer kompensatorischen Resorptionsfähigkeit eingebüßt haben, so müssen wir doch unbedingt annehmen, daß auch die Blutgefäße in pathologische Verhältnisse versetzt sind. Es müssen auch die Blutgefäße von dem entzündlichen Reiz getroffen sein. Ich werde deshalb mit Szasz sagen: „Wir müssen die Ursache eines Ödems nicht nur in ungenügender Funktion der Lymphbahn und Lymphdrüsen suchen, sondern müssen dabei auch jene Umstände in Betracht ziehen, welche der kompensierenden Tätigkeit der Blutgefäße ein Hindernis entgegenstellen können." Ich stelle mir deshalb den Krankheitsprozeß so vor, daß bei chronisch rezidivierenden entzündlichen Prozessen an den äußeren Genitalien der Frau, gleichgültig ob sie spezifischer oder nichtspezifischer Natur sind, auf das Gewebe ein langdauernder chronischer Reiz ausgeübt wird, und daß auch die Blutgefäße mit betroffen sein können. Man findet tatsächlich bei histologischer Untersuchung in vielen Fällen von Ulcus rodens vulvae eine Verdickung der Gefäßwandungen und ganz besonders eine Intimawucherung. Ich fand auch bei meiner histologischen Untersuchung die Gefäße in diesem Sinne stark verändert. Mehrfach ist gefunden worden, daß die kleinzellige Infiltration in der Umgebung der Gefäße konzentriert war. R. Freund fand bei seinen mikroskopischen Untersuchungen, daß die Gefäße (Arterien und Venen) eine starke Verdickung zeigten, insbesondere der Intima; Schmidtlechner, daß das Endothel der Intima in Wucherung gerät und an manchen Stellen das Lumen der Arterien vollständig ausfüllt. Es kann wegen der pathologischen Veränderungen an der Intima vielleicht zur Obliteration oder partiellen Thrombose und somit zur Stauung in den Gefäßen kommen. Die besonders häufig beschriebene livide Farbe der Haut beim Ulcus rodens vulvae deutet auf die Stauung in den Gefäßen hin. Es sind aber auch alle oben genannten Erklärungen allein nicht ganz befriedigend, um den Krankheitsprozeß und Ätiologie absolut klar zu machen; es muß noch eine individuelle Disposition angenommen wer-

den. Koch spricht auch von „individuellen Verhältnissen", die neben anderen ätiologischen Momenten eine besondere Rolle spielen müssen. Er sagt weiter: „Wenn wir von allen dyskrasischen Momenten absehen, so müssen wir doch zugeben, daß lokale, unserer Beobachtung entgehende, anatomische Bedingungen (z. B. Verödung der Lymphdrüsen) das Entstehen der elephantiastischen Hyperplasien und Ulcerationen zur Folge haben, wie anderseits günstige Zirkulationsverhältnisse (z. B. Ausbildung von Kollateralbahnen) dasselbe verhindern können." Es ist deshalb vielleicht nicht überflüssig, wenn ich an die Eigentümlichkeit des feineren anatomischen Baues der Blutgefäße der äußeren weiblichen Genitalien erinnere. Die anatomischen Untersuchungen von v. Ebner, später von Benda und Eberth, an den Blutgefäßen der äußeren Genitalien des Mannes haben eine besondere klappenartige Vorrichtung in Form einer Verdickung der Media und Intima ergeben. Diese Vorrichtung ist von Golowinski auch an den Blutgefäßen der äußeren weiblichen Genitalien gefunden worden. Diese v. Ebnerschen Intimaverdickungen haben die Funktion der Klappen und bewirken durch Kontraktionen einen vollkommenen Verschluß der Venen und bringen dadurch das Blut zur Stauung. Bemerkenswert ist noch die Tatsache, daß die v. Ebnerschen Verdickungen nach Golowinskis Meinung erst zur Zeit der Pubertät allmählich deutlich werden. Golowinski untersuchte mehrere 8 Monate alte weibliche Foeten, bei denen gar keine Spur von Intimaverdickungen vorhanden war. Wir sehen also, daß die Blutgefäße der äußeren weiblichen Genitalien eine spezifische Einrichtung besitzen und daß sie von Blutgefäßen des allgemeinen Typus abweichen. Diese besondere Eigentümlichkeit der Gefäße ist höchstwahrscheinlich ein Produkt der spezifischen Funktion der weiblichen Sexualorgane, die in bezug auf die Zirkulation an sie besondere Ansprüche stellen. Die allmähliche Entwicklung der v. Ebnerschen Verdickungen bei normalen physiologischen Verhältnissen mit der Pubertätszeit erklärt sich, meiner Meinung nach, infolge der sich zu dieser Zeit steigernden sexuellen

Reize, wenn sich die Menstruation einstellt und die Genitalien häufigen Kongestionen ausgesetzt sind, wenn sich der blühende weibliche Körper zu voller Entwicklung entfaltet und sich die sekundären Geschlechtscharaktere entwickeln. Wenn aber zu den physiologischerweise vorkommenden sexuellen Reizen sich noch Exzesse in venere, Onanie, chronische entzündliche Zustände der Vulva usw. hinzugesellen, so kann vielleicht die Summation der physiologischen und pathologischen Reize eine übermäßige Entwicklung der v. Ebnerschen Verdickungen hervorrufen und damit eine Verengerung der Gefäßlumina oder auch eine Verödung derselben zustande bringen; das kann natürlich schlechte Ernährungsbedingungen für die Vulva im Gefolge haben. Das alles ist nur eine Hypothese, die ich nicht imstande bin, einwandfrei anatomisch zu beweisen. Es ist aber immerhin von Interesse, darauf aufmerksam zu machen und in folgenden Fällen dieses in Rücksicht zu nehmen.

Es sei mir noch gestattet, an dieser Stelle die Erwägung zum Ausdruck zu bringen, daß in den Fällen von Ulcus rodens vulvae, wo wir absolut gar keine exogen einwirkenden Noxen nachweisen können, vielleicht auch nervöse Momente beschuldigt werden können. Die experimentellen Untersuchungen Lewaschews[1]) an Tieren über die Bedeutung des Nervensystems bei Gefäßerkrankungen lieferten den Nachweis, daß bei peripherer Reizung vasomotorischer Nerven eine tiefgreifende Umwälzung in der anatomischen Struktur der Arterien vor sich geht. Die Experimente führte Lewaschew an gesunden Hunden aus, indem er den Nervus ischiadicus durch das Einlegen von mit Salz- oder Schwefelsäure getränkten Fäden in denselben dauernd reizte (bis 1 ½ Jahren). Die histologische Untersuchung ergab eine sehr starke Veränderung an

[1]) Virchows Archiv XCII pag. 152.

den Gefäßen. In der Tunica media kommt es zu einer Bindegewebsneubildung und schließlich zu einer Verschmelzung der Intima und Adventitia zu einer Membran. Es ist also auch möglich, daß beim Ulcus rodens vulvae ein solches ätiologisches Moment nervösen Ursprungs hineinspielt. Man versucht auch jetzt z. B. den Ulcus ventriculi auf nervöse Störungen im Sympathicus zurückzuführen [Quinke, Koch, Ewald und Della Vectora[1])].

Wenn wir nun also die Pathogenese des Ulcus rodens vulvae in entzündlichen Veränderungen am Gefäßsystem suchen, so können wir auch in dieser Richtung die ätiologische Bedeutung der Lues und Tuberkulose zu deuten versuchen. Der Veitsche Satz: „Syphilis und Tuberkulose muß man als Basis der Krankheit nunmehr ansehen" ist vollkommen berechtigt. Veit ist geneigt, das Ulcus rodens vulvae als postsyphilitisch und posttuberkulös hinzustellen.

Der Lues kommt in gewissem Sinne in der Entstehung des Ulcus rodens vulvae eine prädisponierende Rolle zu. Die Lues macht bekanntlich mit Vorliebe fast in allen ihren Stadien eine Endo- oder Perivaskulitis und führt also zu histologischen Veränderungen an den Gefäßwandungen und somit zu Beeinträchtigung der Funktion der Gefäße. Waelsch[2]) z. B. fand auch bei der Lues anatomische Veränderungen im Gewebe der Lymphdrüsen. Die Differenzierung in Mark, in Rindesubstanz verschwindet, die Rindenfollikel verschwinden und werden durch adenoides Gewebe ersetzt. Die Mark- und Rindensubstanz ist von zahlreichen aus Epitheloidzellen gebildeten Balken durchsetzt. Das Drüsengewebe schwindet allmählich und wird durch Trabekel ersetzt. Die Drüsenkapsel ist verdickt.

F. Koch ist auch der Meinung, daß die bei luetischen Personen vorhandene Neigung zur Bindegewebshyperplasie und Ulcerationen auf eine durch Peri- und Endovaskulitis luetica

---

[1]) Archiv für Verdauungskrankheiten Bd. XVIII.
[2]) Zitiert nach Szasz.

hervorgerufene Veränderung der Gefäße zurückzuführen ist. Koch beobachtete öfters, daß im Anschluß an ein Ödema indurativum bei der Initialsklerose eine elephantiastische Verdickung der befallenen Labie zurückblieb.

Es ist weiterhin keine leichte Aufgabe, die Rolle der Tuberkulose in der Ätiologie des Ulcus rodens vulvae zu ermitteln. Theoretisch ist es wohl möglich, daß eine primäre Tuberkulose der Vulva das Ulcus rodens vulvae hervorriefe, daß der Tuberkelbazillus ausnahmsweise von den gewöhnlichen tuberkulösen Ulcerationen atypische Ulcera mit elephantiastischer Wucherung erzeuge. Ja, es sind z. B. in der neueren Zeit sogar zwei Fälle von Tuberkulose der Vulva von Mériel beschrieben worden, bei denen im ersten Falle die Tuberkulose nur Elephantiasis erzeugte ohne Ulcerationen, im zweiten Falle dagegen nur Ulcera ohne elephantiastische Wucherung. Es ist schon theoretisch wohl möglich, wie Rieck annimmt, daß die primären tuberkulösen Ulcerationen eine Lymphstauung begünstigen und dann eine elephantiastische Wucherung sekundär erzeugen können; praktisch ist es aber nicht erwiesen. Veit sagt: „Mag man Elephantiasis als Konsequenz und Tuberkulose als Beginn der Erkrankung verführt sein theoretisch anzunehmen, so fehlt doch der sichere Nachweis vollkommen.“ Rieck ist aber absolut nicht berechtigt, die allgemeine Konsequenz auf Grund seines Falles zu ziehen, daß die Tuberkulose die einzige und alleinige Ursache der ätiologisch unbekannten „chronischen Ulcerationen der Vulva“ (d. h. des Ulcus rodens vulvae) sei; es ist durchaus nicht begründet Riecks Annahme, „alle klinisch ähnliche (wie in seinem Falle), sowohl die schon beobachteten und nicht gedeuteten“, als die auch zukünftigen Fälle zur Tuberkulose rechnen zu müssen. Die primäre Tuberkulose der Vulva, wenn sie überhaupt vorkommt, ist nach Veit ein so relativ seltenes Ereignis zu der Zahl der beschriebenen Fälle von Ulcus rodens vulvae, daß sie z. B. gegenüber der Syphilis ätiologisch viel weniger in Betracht kommt. Veit ist der Anschauung, daß „eine Affektion der Vulva tuberkulöser Natur überhaupt selten ist, und daß der

Nachweis der Tuberkelbazillen auf einem Ulcus nicht stets beweist, daß die Erkrankung als tuberkulös zu deuten ist, weil oft genug eine tuberkulöse Infektion höherer Teile ihr Sekret auf die tieferliegenden senden kann." Veit ist der Meinung, daß, wenn man Tuberkelbazillen und Riesenzellen findet, die Affektion tuberkulöser Natur ist; aber unter diesen Formen der tuberkulösen Ulcerationen an den äußeren Genitalien ist nach Veit eine primäre vulvare Tuberkulose recht selten.

Wenn wir nun ein kurzes Resumé aufstellen wollen über die Ätiologie des Ulcus rodens vulvae, so glaube ich, daß dasselbe keine spezifische Ätiologie hat und daß hier viele Momente in verschiedener Kombination hineinspielen: chronische irritative Zustände, hervorgerufen durch chronische gonorrhoische Vulvitis, langdauernder Fluor albus, Ekzeme der Vulva, Erysipel, Ulcus molle, Furunculosis vulvae, Onanie, Exzesse in venere, durch für den Koitus ungünstige Lage der Vulva (Schroeder), durch postsyphilitische und posttuberkulöse Zustände (Veit), durch Unreinlichkeit bei schlechten hygienischen und sozialen Verhältnissen und schließlich vielleicht durch Irritationen nervöser Natur. Diese alle längere Zeit rezidivierend einwirkenden Momente können bei individueller Disposition, die wir ja unbedingt anzunehmen gezwungen sind, eine anatomische Veränderung mit Funktionsstörungen am Lymph- und Blutgefäßsystem hervorrufen und so das ungenügend ernährte Gewebe zur Bindegewebswucherung und zu Ulcerationen bringen, die in fortgeschrittenen Fällen keine Tendenz zur Heilung zeigen, weil die schon beträchtlich pathologisch veränderten Gefäße auch durch unsere therapeuti-

schen Maßnahmen nicht mehr repariert werden können. Trotzdem, was wir auch bis jetzt auf dem Gebiete der Ätiologie des Ulcus rodens vulvae kennen gelernt haben, so sind doch noch unsere Kenntnisse nicht ganz vollkommen; wir müssen noch mehr Erfahrungen sammeln. Es ist deshalb von größter Wichtigkeit, jeden einzelnen Fall von Ulcus rodens vulvae auf das genaueste klinisch und histologisch-bakteriologisch zu studieren, besonders muß die Anamnese gründlich erforscht werden, da viele Momente berücksichtigt werden müssen.

Nun möchte ich noch kurz der Therapie und Prognose des Ulcus rodens vulvae gedenken. Schon abgesehen davon, daß es für diese Erkrankung keine spezifische Therapie gibt, sind auch unsere sonstigen therapeutischen Maßregeln, die nur rein palliativ sein können, im großen und ganzen in mehr oder weniger fortgeschrittenen Fällen absolut machtlos. Die älteren Autoren der Zeit des „Lupus" glaubten auch eine skrophulöse Erkrankung vor sich zu haben und suchten deshalb die Erkrankung durch allgemeine Stärkung des Organismus mit Lebertran, roborierender Kost usw. zu beeinflussen. Sie gaben auch Jodpräparate (Jodeisen, jodhaltige Mineralien, Jodkalium usw.) und Arsen. Von altersher wird das Ulcus rodens vulvae mit Ätzungen behandelt. E. Martin ätzte mit Acidum nitricum fumans. Unter Chloroformnarkose wurde auf die erkrankten ulcerierten Stellen mit Acid. nitr. fumans durchtränkte Watte einige Minuten appliziert; später, um den Schmerz zu lindern, Eiswasserumschläge. Nach Abstoßung des Ätzschorfes wurde mit Arg. nitricum (1 : 500) nachbehandelt. Martin verzeichnet mit dieser Methode sehr gute Heilresultate. Es ist von Huguier Arsenik, von G. Veit[1]) Kali causticum, Guillaumet Schwefelkohlenstoff zur Ätzung emfohlen worden. C. Hüter machte subkutane Injektionen von Karbolsäure in die Umgebung des „Lupus". Gregny empfahl Umschläge mit einer 5% igen Lösung von Chloralhydrat

[1]) Zitiert nach Zweifel.

einmal pro Tag. Als Ätzmittel beim Ulcus rodens vulvae sind noch Milchsäure und Ferrum candens angewendet worden. Weiterhin sind von Mazarakis Einstreuungen der Ulcerationen mit Resorcinpulver empfohlen worden. Die innerliche Darreichung von Jodpräparaten spielte in der Therapie des Ulcus rodens vulvae immer ein große Rolle. Wenn wir die Annahme machen, daß beim Ulcus rodens vulvae die Gefäße erkranken, so ist auch verständlich der gute Einfluß der Jodtherapie, denn das Jod wirkt doch bekanntlich fast spezifisch bei vaskulären Prozessen, z. B. der Arteriosklerosis, bei syphilitischen Gefäßerkrankungen und überhaupt bei pathologischen Wucherungen und Hypertrophien und bei chronischen Entzündungen (v. Tappeiner). Es soll deshalb in keinem Falle von Ulcus rodens vulvae die innerliche Verabreichung von Jod versäumt werden. Ich glaube, daß es kaum nötig ist zu erwähnen, daß bei Verdacht auf Syphilis auch eine antiluetische Kur eingeleitet werden muß. Bei der Tuberkulose kann der Versuch mit Tuberkulinbehandlung gemacht werden. Neuerdings werden gute Erfolge bei chronisch-gonorrhöeischen Vulvitiden mit der Gonokokken-Vaccinebehandlung mitgeteilt.

Es soll deshalb in Fällen von Ulcus rodens vulvae mit nachweisbarer alter Gonorrhöe auch die Vaccine-Behandlung versucht werden. Stein und Heinemann in New York versuchten Jodkataphorese und Röntgenbestrahlung, aber ohne wesentlichen Erfolg. Es soll auch noch von Stein und Heinemann die moderne Behandlung mit ultravioletten Strahlen, radioaktiven Substanzen, Fulguration usw. versucht werden. Es muß auch während der Behandlung für die peinlichste Sauberkeit gesorgt werden, für leicht desinfizierende Spülungen, Sitzbäder und Bettruhe. Namentlich in Anfangsstadien sah Schroeder bei Ruhe, Reinlichkeit und Abhaltung aller Traumen eine große Tendenz der Ulcerationen an der Harnröhre, zu heilen. In Fällen mit rektovaginalen und urethrovaginalen Fisteln ist nur die chirurgische Behandlung imstande, eine Besserung herbeizuführen. Therapeutisch und prophylaktisch wäre von großer Bedeutung, die Kranken

längere Zeit im Krankenhause sich behandeln zu lassen, um sie von neuer Infektion und Trauma fern zu halten.

Die Prognose ist quoad vitam gut zu stellen, quoad sanationem aber immer schlecht. Auch quoad valetudinem ist die Prognose manchmal sehr ernst, hauptsächlich wenn es zu Mastdarmkomplikationen kommt und wenn der allgemeine Ernährungszustand der Patientin dabei leidet. Nach Pozzi, Taylor u. A. ist die Erkrankung sehr ernst zu betrachten; nach 10 bis 15 Jahren kann der Exitus letalis durch chronische Diarrhöen und Pyämie erfolgen.

Ich erfülle auch an dieser Stelle zum Schluß meiner Arbeit die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Professor Dr. J. Veit, für die liebenswürdige Überlassung dieses Falles zur Bearbeitung und Publikation meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literaturnachweis.

Beigel, Krankheiten des weiblichen Geschlechtes.

Bamberg, G., Über Elephantiasis vulvae chronica ulcerosa (syphilitica). Archiv für Gynäkologie Bd. LXVII S. 591.

Bruhns, Gonorrhöe des Weibes. Riecks Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Behrmann, Primäre tumorartige Hauttuberkulose der weiblichen Genitalien. Inaug.-Diss. Berlin 1910.

Czapin, Nichtvenerische Geschwüre an den Geschlechtsteilen der Frauen. (Russisch.) Ref. Münch. med. Woch. 1908 Nr. 47.

Courbelerau, Les tuberculoses de la vulve. Ref. Zentralblatt für Gynäkologie 1908 Nr. 52.

Cohnheim, Vorlesungen über allgemeine Pathologie Bd. I.

Duncan, Med. Times 1884 Vol. II p. 672.

Dienst, Über Esthiomène. Gyn. Ges. zu Breslau November 1903.

Deschamps, Etude sur quelques ulcerationes rares et non veneriennes de la vulvae et du vagine. Arch. de Tocologie Paris 1855. Ref. Zentralbl. für Gynäk. 1886.

v. Esmarch und Kulenkampff, Die elephantiastischen Formen.

Ehrhardt, Über chronische Ulcerationen an der weiblichen Harnröhre. Inaug.-Diss. Berlin 1884.

Fisch, Über Elephantiasis vulvae. Inaug.-Diss. Bonn 1885.

Fehling, Lehrbuch der Frauenkrankheiten.

Fritsch, Lehrbuch der Frauenkrankheiten.

Fiquet, Essait sur l'esthiomène de la region vulvo-anal. Thèse de Paris 1876.

Forgue-Menabuam, L'elephantiasis tuberculaux à propos d'un cas d'elephantiasis tuberculaux de la vulve. Ref. Münch. Med. Woch. 1909 Nr. 42.

Fabricius, Ulcus gangraenosum serpiginosum. Zentralblatt f. Gynäk. 1907 Nr. 22.

Freund, R., Beiträge zum Ulcus rodens vulvae. Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie 1905 Bd. V Heft 2.

Gehse, Otto, Ein Fall von lupöser Erkrankung der weiblichen Urethra. Inaug.-Diss. München 1894.

Góth, Ein Fall von Gangraena phlegmonosa vulvae bei einer Schwangeren. Zentralblatt für Gynäkologie 1906 Nr. 18.

Grace Pekham (New-York), A contribution to the study of ulcerative lesions of the vulva commouly called lupus or esthiomene. Am. J. of obst. August 1887 p. 785. Ref. Zentralbl. f. Gynäk. Bd. 12 S. 261.

Golowinski, Beitrag zur Kenntnis vom feineren Bau der Blutgefäße der äußeren männlichen und weiblichen Genitalien. Inaug.-Diss. Göttingen 1906.

Hintze, Fall von Lupus vulvae. Zentralbl. für Gynäk. 1899 S. 1124.

Haeberlin, Fall von Lupus vulvae hypertrophicus et perforans. Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVII.

Heinsius, Chronische Geschwürsbildung an der Vulva und Urethra. Zentralbl. f. Gynäk. 1908 Nr. 1.

Huguier, L'esthiomène de la vulve et du pèrinèe. Mem. de l'acad. de med. de Paris 1849 T. XIV p. 507.

Jones, Die Behandlung des Ulcus rodens mit Zinkionen. Brit. med. Journ. Februar 1907.

Jaeger, Elephantiasis vulvae. Inaug.-Dissert. München 1909.

Küstner, Lehrbuch der Gynäkologie.

Koenig, Die Erkrankung des Mastdarmes infolge von Infektion durch Gonorrhöe und Syphilis. Berl. klinische Wochenschrift 1902 Nr. 18 S. 407.

Kroemer, Fall von Esthiomène. Zentralbl. f. Gynäk. 1910 Nr. 34 S. 1134.

Koch, F., Über Ulcus vulvae (chronicum, elephantiasticum usw.). Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXIV.

Lewaschew, Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung des Nervensystems bei Gefäßerkrankungen. Virchows Archiv Bd. XCII S. 152.

Landau, Th., Zur Kasuistik der chronischen Ulcerationen an der Vulva. Arch. f. Gynäk. Bd. XXXIII S. 115.

— Über Verschwärungen der weiblichen Harnröhre. Arch. f. Gynäk. Bd. XXX.

Lesser, Lehrbuch der Hautkrankheiten.

Meyer Luis, Elephantiasis der Vulva. Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Berlin 1872.

Mazarakis, Contribution à l'etude du traitement et de l'etiologie de l'esthiomène de la region vulvo-anal. Paris 1894.

Meriel, Ann. de Gyn. et d'obstetr. Dezember 1909. Ref. Zentralbl. f. Gynäk. und Geburtshilfe 1910 Nr. 5.

Matzenauer, Ulcus chronicum elephantiasticum. Wiener klin. Woch. 1904 Nr. 4.

Martin, E., Handatlas der Gynäkologie und Geburtshilfe.

— und Lorent, Monatsschrift f. Geburtskunde und Frauenkrankheiten 1861 Bd. 18.

— Handatlas der Gynäkologie und Geburtshilfe.

Pozzi, Traitè de Gynäcologie etc. Paris 1892.

Proskuriakowa, Zur Kasuistik der chronischen Erkrankungen der äußeren Geschlechtsteile. Festschr. f. v. Ott.

Journ. akusch. i zenskich Coljeznei (russisch) XX . Ref. Gyn. Rundschau 1907 Heft 22.

Rieck, A., Ein Fall von primärer Tuberkulose der Vulva einer Erwachsenen und ihre Beziehungen zum Ulcus rodens vulvae (Veit). M. f. Geb. u. Gyn. Bd. IX S. 842.

Stein und Heinemann (New-York), Esthiomène und sekundäre Elephantiasis der Vulva. Surgery, gynecologie and obstetries 1912 Nr. 4. Ref. C. f. Gyn. 1913 Nr. 10.

Schramm, Elephantiasis Praeputii clitoridis et nympharum. Zentralbl. f. Gynäk. 1888.

Szasz, Über Esthiomène. Monatsschrift f. Geb. und Gyn. Bd. 17 S. 994.

Schmiedlechner, Ulcus vulvae rodens. Arch. f. Gyn. Bd. LXXIV S. 200.

Schroeder, C., Über chronische Ulcerationen an der vorderen und hinteren Kommissur der Vulva. Charitè-Annalen 1877 IV. Jahrgang.

Suttina, Elephantiasis frudendarum scerljewitica. Wiener med. Presse 1884 Nr. 1, 5, 13.

Scanzoni, Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane.

Tschlenow, Ulcus chronicum vulvae. Medizinskoje Obosrenije (russisch) 1912 Nr. 5. Ref. Jahresbericht der Geb. u. Gyn. von Franz und Veit 1912.

Taylor, Am. Jour. of Obst. 1887, Oct. 29, p. 499.

Viatte, Klinische und histologische Untersuchungen über Lupus vulvae. Inaug.-Diss. Basel 1891.

Veit, J., Ulcus rodens vulvae. Veits Handbuch der Gynäkologie Bd. IV, zweite Hälfte.

Virchow, Geschwülste Bd. I.

Vormann, Luetische Erkrankungen der Vulva. Inaug.-Diss. Berlin 1896.

Weniger, Über Rektofestibularfisteln. Inaug.-Diss. Berlin 1887.

v. Winckel, Die Pathologie der weiblichen Sexualorgane.

West, Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Übertragen von W. Langenbeck. Göttingen 1860.

Zweifel, Die Krankheiten der äußeren weiblichen Genitalien und die Dammrisse. 1886. Deutsche Chirurgie von Billroth und Luecke. Lieferung 61.

Lebenslauf.

Ich, Eleasar (Lasar) Fabelinski, Verfasser dieser Dissertation, bin am 24. September 1888 zu Bjalystock (Rußland, Gouvernement Grodno) geboren. Ich bin russischer Staatsangehöriger. Meine erste Bildung genoß ich im Hause meiner Eltern, dann besuchte ich die Realschule zu Warschau, die ich im Juni 1909 absolvierte; daraufhin bestand ich ebenfalls in Warschau im Juni 1911 die Prüfung im Latein, im Umfange eines achtklassigen kaiserlichen Gymnasiums. Meine Studienzeit verbrachte ich ununterbrochen in Halle a. S., während dieser volontierte ich in der Königlichen Medizinischen Klinik, Kinderpoliklinik, Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten, in der chirurgischen Privatklinik von Prof. Wullstein, zu Halle a. S. und auch im städtischen Krankenhause des „Heiligen Geistes" zu Lomza (Rußland). Das Examen rigorosum bestand ich cum laude am 10. Juli 1914.

Als meine Lehrer verehre ich folgende Herrn Dozenten: Abderhalden, Anton, Beneke, Bernstein, von Bramann †, Denker, Eisler, Fränken, Gebhardt, Grouven, Grund, Harnack, Haecker, Heynemann, von Hippel, von Hößlin, Igersheimer, Karsten, Mohr, Oppel, Roux, Schmidt, Schmieden, Stieda, Stoelzner, Veit, Vorländer, Wullstein.